# Honorarordnung

# für

# Ärzte für Allgemeinmedizin

# und

# Fachärzte

gemäß § 27 des Gesamtvertrags der

VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENSTETER,

EISENBAHNEN UND BERGBAU

(BVAEB)

nach dem Stand vom 1.4.2026

in der Fassung der 8. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag

# Inhaltsübersicht

**Honorarordnung** ....3
Abkürzungsschlüssel ....3
Allgemeine Bestimmungen ....4

**A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen** ....7
I. Grundleistungen ....7
II. Diagnose- und Therapiegespräche ....9
III. Allgemeine Sonderleistungen ....12
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde ....16
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie ....17
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe ....18
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten ....19
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin ....20
VIIIa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde ....21
VIIIb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten ....21
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie ....22
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie ....23
Xa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie ....25
Xb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Psychiatrie ....26
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ....29
XII. Sonographische Untersuchungen ....30
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie) ....33
XIV. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie) ....34

**B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte** ....36
Operationshonorar ....36
Augenheilkunde ....38
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie ....39
Haut- und Geschlechtskrankheiten ....44
Frauenheilkunde und Geburtshilfe ....44
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten ....46
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anästhesiologie ....47
Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie) ....48
Urologie ....49

**C. Physikalische Behandlung**
durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden ....51

**D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie** ....53

**D1. Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie** ....63

**E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie** ....70
Röntgendiagnostik ....72
Röntgentherapie ....75

**F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden**
die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M) ....78

**Anhang 1 zur Honorarordnung**
Festsetzung des Punktwertes....80
Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass....80
Medizinische Hauskrankenpflege....81

**Anhang 2 zur Honorarordnung**
Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie....82

# Honorarordnung

**für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte**
**(gemäß § 27 des Gesamtvertrages)**

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang 1 zur Honorarordnung, Seite 80)

## Abkürzungsschlüssel

| | | |
|---|---|---|
| A | = | Augenheilkunde |
| AM | = | Allgemeinmedizin |
| An | = | Anästhesiologie |
| C | = | Chirurgie |
| C(G) | = | Gefäßchirurgie |
| D | = | Haut- und Geschlechtskrankheiten |
| G | = | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| H | = | Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten |
| I | = | Innere Medizin |
| K | = | Kinder- und Jugendheilkunde |
| KNP | = | Kinderheilkunde (Kinderneuropsychiatrie) |
| KJP | = | Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| L | = | Lungenkrankheiten |
| N | = | Neurologie- und Psychiatrie, Neurologie |
| NC | = | Neurochirurgie |
| O | = | Orthopädie |
| PMR | = | Physikalische Medizin |
| P | = | Psychiatrie |
| R | = | Radiologie |
| U | = | Urologie |
| UC | = | Unfallchirurgie |
| R | = | Regiezuschlag |
| M | = | Materialzuschlag |

## Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.

2. Werden bei einem Krankenbesuch mehrere bei der BVAEB versicherte Familienangehörige oder in einer Krankenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim, Altersheim oder dgl. mehrere Versicherte bzw. Angehörige der BVAEB behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Ärzte, die in einer Krankenanstalt oder in einer anderen der vorerwähnten Einrichtungen ständig beschäftigt sind, können für die Behandlung dort untergebrachter Versicherter und Angehöriger der BVAEB grundsätzlich nur Ordinationen verrechnen.

3. Krankheits- bzw. Dienstunfähigkeitsbestätigungen, die von berufstätigen Versicherten der BVAEB für ihre Dienstgeber benötigt werden, sind vom Arzt ohne Anrechnung einer Gebühr auszufertigen, wenn vom Versicherten eine Drucksorte beigebracht wird, in der nur die Krankheit und die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit einzutragen ist.

4. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.

5. Soweit Positionen des Tarifes dem Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der BVAEB. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 1, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der BVAEB.

6. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:

a) **In Orten bis 5.000 Einwohner** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

   Bei Krankenbesuchen in einzelnstehenden Häusern und in nicht geschlossenen Ortschaften ist der Wohnsitz des Kranken auf der Arzthilfeanzeige möglichst genau zu bezeichnen.

   Bei Krankenbesuchen in demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind auf der Arzthilfeanzeige zu begründen. Bei Krankenbesuchen in mehreren Orten am gleichen Tage sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich bei einer Besuchsreihe mit Vermeidung jeden Umweges und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Wird über ausdrückliches Verlangen des Kranken außerhalb dieser Besuchsreihe ein Krankenbesuch durchgeführt, so ist dieser Umstand unter Angabe des Grundes für die dringende Berufung des Arztes zum Krankenbesuch auf der Arzthilfeanzeige zu vermerken.

   Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu verrechnen sind, ist bei allen Krankenbesuchen von normaler Dauer die Verrechnung des Krankenbesuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgeblich. Nur bei Krankenbesuchen mit Verrechnung des Zuschlages für Zeitversäumnis oder von Operationen ist zu berücksichtigen, zu welcher Tageszeit der Hin- bzw. Rückweg angetreten wird.

   Der Gemeindearzt (Distrikts-, Kreis-, Sprengelarzt) hat, wenn er Vertragsarzt der BVAEB ist, innerhalb seines Sanitätssprengels nach Maßgabe der sonstigen Bestimmungen der Honorarordnung Anspruch auf Bezahlung der vollen Wegegebühren durch die BVAEB. Dabei gilt als Ausgangspunkt für die Bemessung der Wegegebühren der Amtssitz seiner Ordination als Gemeindearzt (Distrikts-, Kreis-, Sprengelarzt).

Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.

b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

Im übrigen gelten, insbesondere auch bei Gebieten, die in Orte mit mehr als 5.000 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonntagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinie für alle Bundesländer:

Der im Sonntagsdienst (§ 17 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen. In den durch die Sonderregelung in § 9 Abs. 2 lit. c und lit. f des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne dieser Vorschriften nicht verrechnet werden können, der Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.
Diese Regelung gilt auch für Krankenbesuche, die in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr durchgeführt werden. Sonstige, in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr vorgenommene ärztliche Leistungen werden jedoch nicht nach dem Tarif für Sonntagsleistungen honoriert.

d) Für **Wien** gilt folgende Regelung:
***Vertragsärzten für Allgemeinmedizin*** gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Arztes und der Wohnung des Versicherten mindestens ein Sprengel laut Sprengeleinteilung für Ärzte für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. B6 oder B7 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Ortsgebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Ärzte für Allgemeinmedizin Wegegebühren für die im unverbauten Gebiet zurückgelegte Wegstrecke verrechnen, wenn diese mehr als 500 m beträgt.
***Vertragsfachärzten*** gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Facharztes und der Wohnung des Versicherten bzw. der von diesem aufgesuchten Privatkrankenanstalt mit freier Arztwahl mindestens ein Sprengel laut Sprengeleinteilung für Ärzte für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. F7 oder F8 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Gebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Wegegebühren nach den für Ärzte für Allgemeinmedizin geltenden Bestimmungen verrechnet werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb von Wien können von den Vertragsfachärzten darüber hinaus von der Stadtgrenze an die Wegegebühren für die zurückgelegte Wegstrecke verrechnet werden, wobei Teilstrecken bis 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

7. **Bei der BVAEB sind auf Grund der derzeit geltenden Vereinbarungen alle ärztlichen Leistungen bewilligungsfrei.**

Bei physikalisch-therapeutischen Behandlungen können Ordinationen bzw. Besuche verrechnet werden:

Von ***Fachärzten für physikalische Medizin*** und von behördlich konzessionierten Instituten für physikalische Medizin, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden:

Wenn der Patient zur Untersuchung zugewiesen wird, eine Erstordination zu Beginn der Behandlung nach Pos. E1 und E2; wenn die Zuweisung zur Durchführung einer bestimmten physikalischen Therapie erfolgt oder das Institut direkt aufgesucht wird, nach Pos. E1; bei Beendigung der Behandlung eine Schlussordination nach Pos. E3.

Von ***den übrigen Vertragsärzten***:
Für die Untersuchung zum Zwecke der Antragstellung, bei zugewiesenen Fällen zu Beginn der Behandlung eine Ordination nach Pos. A2 beim Arzt für Allgemeinmedizin, nach Pos. E3 beim Facharzt;

wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung aus ärztlichen Gründen erforderlich ist. In diesem Falle ist die Notwendigkeit der Leistung auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe zu begründen. Bei Fehlen der Begründung wird nur die Erstordination und das Honorar für die physikalische Behandlung geleistet.

8. Alle durchgeführten Grundleistungen nach Abschnitt I der Honorarordnung sind nach dem auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe angegebenen Zeichenschlüssel bzw., wenn durch diesen eine besondere Qualität der Grundleistung (z. B. Ordination außerhalb der Sprechstunde) nicht zum Ausdruck kommt, mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen. Alle getätigten Sonderleistungen nach den Abschnitten II-XIII der Honorarordnung sind unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen. In Zweifelsfällen wird die jeweils niedrigere Position honoriert.

9. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der BVAEB vom Arzt zu begründen (§ 8 Abs. 2 des Gesamtvertrages). Über das notwendige Ausmaß hinausgehende Leistungen können mit der BVAEB nicht verrechnet werden; ebenso Leistungen, die nicht bewilligt wurden und mit nicht bewilligten Leistungen im Zusammenhang stehende Ordinationen und Besuche, es sei denn, dass diese auch ohne Durchführung der nicht bewilligten Leistungen notwendig waren.

10. Röntgenleistungen können nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die auf Grund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit der BVAEB hiezu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzte können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.

11. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIII angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.

12. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, bei welchen die Verrechnung eines Regiezuschlages durch den Beisatz „R“ mit römischer Ziffer vorgesehen ist, kann entsprechend der beigesetzten römischen Ziffer der Regiezuschlag laut Operationstarif verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.

13. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, die durch den Beisatz des Buchstaben „M“ gekennzeichnet sind, kann für das Material der aus dem Abschnitt „F“ der Honorarordnung ersichtliche Betrag verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.

14. Unterlagen, deren Aufbewahrung vorgeschrieben ist, sind durch drei Jahre aufzubewahren.

# A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

## I. GRUNDLEISTUNGEN

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| **A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)** | | |
| A1 | Erste Ordination<br>*Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.* | 20 |
| A2 | Weitere Ordination | 11,5 |
| A3 | Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde<br>*Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.* | 4 |
| A4 | Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen<br>*Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.* | 8 |
| A5 | Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 8 |
| **B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)** | | |
| B1 | Erster Krankenbesuch<br>*Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.* | 46 |
| B2 | Weiterer Krankenbesuch | 35 |
| B3 | Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde<br>*Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand -wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.* | 15 |
| B4 | Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen<br>*Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.*<br>Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen. | 15 |
| B5 | Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 30 |
| B6 | Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag | 3 |
| B7 | Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 4 |
| B8 | Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag | 4 |
| B9 | Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 5 |
| **C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)** | | |
| Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: | | |
| C1 | bei Tag | 8 |
| C2 | bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)<br>Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen. *Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.* | 12 |
| **D. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)** | | |
| D1 | bei Tag | 15 |
| D2 | bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)<br>Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Arzt anzuführen. | 20 |
| **E. Ordination (Facharzt)** | | |
| E1 | Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung<br>*Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar.* | 20 |
| E2 | schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt | 9 |
| E3 | Weitere Ordination | 11 |
| E31 | Weitere Ordination<br>*verrechenbar nur durch Fachärzte für Innere Medizin und Urologie* | 13 |
| E4 | Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde<br>*Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.* | 4 |
| E5 | Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen<br>*Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.* | 8 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| E6 | Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 8 |
| | *Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.* | |
| E7 | Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr | 3 |
| | *einmal pro Fall und Monat verrechenbar*<br>*nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar*<br>*verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde* | |

**F. Krankenbesuch (Facharzt)**

| | | |
|---|---|---|
| F1 | Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung | 46 |
| | *Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.* | |
| F2 | schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt | 9 |
| F3 | Weiterer Krankenbesuch | 35 |
| F4 | Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind | 15 |
| F41 | Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie | 6,5 |
| F42 | Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde | 4,5 |
| | *Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.* | |
| F5 | Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind | 15 |
| F51 | Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie | 11,5 |
| F52 | Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde | 9 |
| | *Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu begründen.* | |
| F6 | Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind | 30 |
| F61 | Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie | 26,5 |
| F62 | Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde | 24 |
| F7 | Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag | 7 |
| F8 | Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 8 |
| F9 | Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag | 4 |
| F10 | Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 5 |
| F11 | Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr | 3 |
| | *einmal pro Fall und Monat verrechenbar*<br>*nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar*<br>*verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde* | |

**G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)**

Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:

| | | |
|---|---|---|
| G1 | bei Tag | 8 |
| G2 | bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 12 |
| | Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. *Diese Zuschläge sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.* | |

**H. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)**

| | | |
|---|---|---|
| H1 | bei Tag | 30 |
| H2 | bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) | 40 |
| | Bei den Positionen H1 und H2 ist der berufende Arzt anzuführen. | |

**I. Wegegebühren**

I1 Ein Doppelkilometer bei Tag ..... € 2,6269

I2 Ein Doppelkilometer bei Nacht ..... € 3,9401

*Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Wegegebühr für einen Doppelkilometer verrechnet werden.*

**J. Koordination**

J1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt .....€ 18,4120

*Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.*

*Erläuterungen zum Positionstext:*

1. *Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten.*
2. *Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.*
3. *Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung.*
4. *Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes.*
5. *Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation.*
6. *Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.*

## II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

**1.**

TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil

ab 1.4.2026 .....€ 20,0130

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese bzw. das im Zuge einer Vorsorgeuntersuchung gemäß Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag geführte ausführliche Abschlussgespräch.

b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.

c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.

e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen.
In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.

f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal und von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für

Labormedizin und Radiologie) in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.

h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages nicht am selben Tag verrechenbar.

**2.**

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

ab 1.4.2026 ..... € 25,6200

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differenzialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z. B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom-psychosomatische Medizin verliehen wurde.

b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.

c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.

d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.

e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.

f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräches mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A.IX. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

**3.**

HMG Heilmittelberatungsgespräch ..... € 14,84

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)

b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation bereits verfügt)

c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss

d) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

*Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:*

1. *Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, physikalische Medizin und Radiologie berechtigt.*

2. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum verrechenbar.*

3. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos. Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.*

4. *Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.*

## III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| **10. Blutabnahme** | | |
| 10a | Blutabnahme aus der Vene | 4 |
| 10b | Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren | 8 |
| 10c | Aderlass (mindestens 250 ccm) | 8 |
| 10d | Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene<br>*nicht gemeinsam mit Pos 10a verrechenbar* | 7 |
| 10e | Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren<br>*nicht gemeinsam mit Pos 10b verrechenbar* | 11 |
| **11. Injektionen** | | |
| 11a | Subcutane, intracutane Injektion | 2 |
| 11b | Intramuskuläre Injektion | 2 |
| 11c | Intravenöse Injektion | 3 |
| 11d | Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr | 8 |
| 11e | Eigenblutinjektion<br>(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion) | 6 |
| 11f | Intraarterielle Injektion | 8 |
| 11g | Intracardiale Injektion | 8 |
| 11h | Subconjunctivale Injektion | 3 |
| 11i | Parabulbäre Injektion | 3 |
| 11k | Endoneurale oder epineurale Injektion | 8 |
| 11l | Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten<br>(z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien) | 20 |
| 11m | Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri | 38<br>+ R II |
| 11n | Injektion ans Peritoneum | 8 |
| 11o | Intrapleurale, intraperitoneale Injektion | 12 |
| 11p | Intrasinuöse Injektion | 12 |
| 11q | Krampfadernverödung: erste Injektion | 6 |
| 11r | jede weitere Injektion<br>(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal) | 4 |
| 11s | Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion | 8 |
| 11t | jede weitere Injektion<br>(höchstens 4 Injektionen pro Quartal) | 4 |
| 11u | Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke | 10 |
| 11v | Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte) | 23<br>+ R € 6,66 |
| 11w | Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke<br>(auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung) | 15<br>+ R € 6,66 |
| **12. Infiltrationen** | | |
| 12a | Subcutane Infiltration | 4 |
| 12b | Intramuskuläre Infiltration | 4 |
| 12c | Praesacrale Infiltration (n. Pendl) | 38<br>+ R II |
| 12d | Paravertebralblockade | 28<br>An.C.NC.N.O.I. |
| **13. Infusionen** | | |
| 13a | Subcutane Infusion | 10 |
| 13b | Intravenöse Infusion | 20 |
| 13c | Intraperitoneale Infusion | 20 |
| 13d | Zuschlag für Dauertropfinfusion | 6 |
| 13e | Erste intravenöse Novocain-Infusion | 22 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 13f | Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je | 8 |

**14. Implantationen**

| | | |
|---|---|---|
| 14a | Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart | 10 |
| 14b | Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht | 23 |

**15. Allergologische Untersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 15b | Allergologische Impfung (Hyposensibilisierung) | 2 |
| 15c | Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) | 40 |
| | *beinhaltet bis zu 20 Tests* | AM.D.K.H.L. |
| | *pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal und nicht gemeinsam mit Pos 15d verrechenbar* | |
| 15d | Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) | 54 |
| | *beinhaltet mehr als 20 Tests* | AM.D.K.H.L. |
| | *pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal und nicht gemeinsam mit Pos 15c verrechenbar* | |
| 15f | Epicutan-Standardtest | 38 |
| | *maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar* | D. |
| 15g | Epicutantest Kontrollsitzung (Nach- und Ergänzungstestung zu Pos 15f) | 10 |
| | *maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar* | D. |
| 15h | Allergologische Exploration | 8 |
| | *In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.* | AM.D.K.H.L. |

**16. Punktion (diagnostisch)**

| | | |
|---|---|---|
| 16a | Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o. Ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie) | 10 |
| 16b | Aus Gelenken | 20 |
| 16c | Aus der Brust- oder Bauchhöhle | 15 |
| | | + R I |
| 16d | Aus dem Herzbeutel | 20 |
| | | + R I |
| 16e | Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion) | 20 |
| 16f | Suboccipitalpunktion | 20 |
| 16g | Vaginale Probepunktion (Douglas) | 20 |
| 16h | Sternalpunktion | 20 |
| | | + R I |
| 16i | Punktion der Prostata (inkl. Punktionsnadeln);<br>*maximal dreimal und nicht gemeinsam mit Pos 39e verrechenbar* | 20 |

**17. Punktion (therapeutisch)**

| | | |
|---|---|---|
| 17a | Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom | 15 |
| | | + R I |
| 17b | Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung | 23 |
| | | + R I |
| 17c | Aus der Brust- oder Bauchhöhle | 38 |
| | | + R II |
| 17d | Aus dem Herzbeutel | 38 |
| | | + R II |
| 17e | Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion) | 23 |
| | | + R I |
| 17f | Suboccipitalpunktion | 23 |
| | | + R I |
| 17g | Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle | 23 |
| | | + R I |
| 17h | Aus dem Wasserbruch | 10 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 17i | Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung) | 23 |
| | | + R I |
| 17k | Aus der Harnblase | 23 |
| | | + R I |

**18. Betäubung, Wiederbelebung**

| | | |
|---|---|---|
| 18a | Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie | 2 |
| 18b | Rauschnarkose (auch Trilene) | 10 |
| 18c | Infiltrationsanästhesie | 6 |
| 18d | Leitungsanästhesie | 10 |
| 18e | Intravenöse Narkose | 10 |
| 18f | Sacralanästhesie | 12 |
| 18g | Lumbalanästhesie | 23 |
| | | + R I |
| 18h | Wiederbelebungsversuch beim scheintoten Kinde (Neugeborenen) | 15 |
| 18i | Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwands-entschädigung | 22 |
| 18k | Intubationsnarkose | 29 |
| | | An. |

**19. Endoskopien**

*Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.*

| | | |
|---|---|---|
| 19a | Untersuchung mit dem Kolposkop | 10 |
| 19b | Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes | 15 |
| | | + R I |
| | | C.H. |
| 19bf | flexible Endoskopie der oberen Atemwege | 45 |
| | *in maximal 10 % der Fälle im Monat verrechenbar* | + R I |
| | *nicht gemeinsam mit Pos 19b verrechenbar* | H. |
| 19c | Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie) | 15 |
| | | + R I |
| 19d | Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen | 23 |
| | | + R I |
| | | C.H. |
| 19e | Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) | 23 |
| | | + R I |
| | | C.G.U. |
| 19f | Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie) | 23 |
| | | + R I |
| 19g | Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanales (Endocervicoskopie) | 23 |
| | | + R I |
| | | C.G. |
| 19h | Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie) | 23 |
| | | + R I |
| | | C.G. |
| 19i | Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie) | 35 |
| | | + R I |
| | | C.D.U. |
| 19k | Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktions-prüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium | 53 |
| | | + R II |
| | | C.G.U. |
| 19l | Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens | 53 |
| | (R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück) | + R III |
| | | C.U. |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 19n | Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie) | 87 |
| | | + R III |
| | | An.C.H.I.L. |
| 19p | Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken | 83 |
| | (R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück) | + R IV |
| | | C.U. |
| 19q | Endoskopische Untersuchung einer Gelenkshöhle (Arthroskopie) | 83 |
| | | + R III |
| | | C.I.O. |
| 19t | Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie) | 190 |
| | | An.C.I.L. |
| 19u | Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparaskopie) | 190 |
| | | C.G.I.L. |
| 19v | Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörper-extraktion oder Tumorabtragung | 340 |
| | | An.C.H.I.L. |
| 19w | Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie) | 340 |
| | | An.C.H.I.L. |
| 19x | Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie | 263 |
| | *nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen* | +RIII |
| | *Pos.Nr. 34a (in max. 10 % der Pos.Nr. 19x im Kalendermonat) sowie Pos.Nrn 19y oder 19z* | C.I. |
| 19y | Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie) inkl. zumindest Pulsoxymetrie | 326 |
| | *nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar,ausgenommen Pos.Nr. 34a* | + RIII |
| | *(in max. 10 % der Pos.Nr. 19y im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x* | C.I. |
| 19z | Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie), inkl. Polypektomie und zumindest Pulsoxymetrie | 389 |
| | *nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a* | + RIII |
| | *(in max. 10 % der Pos.Nr. 19z im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x* | C.I. |

*Anmerkung zu Coloskopie und Gastroskopie (Pos. Nr. 19x, 19y, 19z):*
*Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Coloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Coloskopie notwendigen Medikamente (zB Abführmittel, Sedativa etc.), die Sedierung, die Insufflation (unabhängig vom verwendeten Mittel), die Überwachung samt Monitoring, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten.*

*Qualitätssicherung bei Coloskopie und Gastroskopie:*
*Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nrn 19x, 19y und 19z sind die Erfüllung der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung und eine kontinuierliche endoskopische Tätigkeit.*
*Der Vertragspartner hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Coloskopie zu beachten.*
*Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.*
*Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch zu erfolgen.*
*Der Vertragspartner hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Er hat den von der BVAEB beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies auf Grund der der BVAEB gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Ärztegesetzes und des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist.*
*Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten.*
*Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopieassistenz-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.*

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| **20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt** | | |
| 20a | Bougierung der Speiseröhre | 8 |
| 20b | Aushebung des Magens | 8 |
| 20c | Ausspülung des Magens | 10 |
| 20d | Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren | 12 |
| 20f | Duodenalsondierung | 15 |
| 20g | Digitaluntersuchung des Mastdarmes | 3 |
| 20h | Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel | 4 |
| 20i | Aufblähung des Mastdarmes | 6 |
| 20k | Sphinkterdehnung | 10 |
| **21. Sonstige ärztliche Verrichtungen** | | |
| 21a | Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel<br>*Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht gesondert verrechnet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Vertragszahnärzte honoriert.* | |
| 21b | Setzen von Blutegeln und Saugapparaten | 3 |
| 21c | Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur | 12<br>C.D.I.O.PMR. |
| 21d | Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht | 4 |
| 21e | Lösung von Konglutinationen pro Fall | 10 |
| 21f | Durchtrennung des Zungenbändchens | 4 |
| 21g | Modellierender Kompressionsverband | 5<br>C.D.O. |
| 21h | Abstrich | 3 |

## IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

| | | |
|---|---|---|
| **22. Untersuchungen** | | |
| 22a | Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal) | 6<br>A. |
| 22b | Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung | 6<br>A. |
| 22c | Untersuchung mit dem Refraktometer | 6<br>A. |
| 22d | Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer | 6<br>A. |
| 22e | Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling) | 2 |
| 22f | Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop) | 4<br>A. |
| 22g | Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) | 10 |
| 22h | Untersuchung mit rotfreiem Licht | 2<br>A. |
| 22i | Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig | 3 |
| 22j | Applanationstonometrie beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar | 10<br>A. |
| 22k | Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe | 2<br>A. |
| 22l | Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe) | 5 |
| 22m | Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens | 4<br>A.N. |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 22n | Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut<br>*verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit* | 10<br>A. |
| 22o | Schirmertest | 4<br>A. |
| 22p | Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie<br>*1x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar* | 43<br>A. |

**23. Fremdkörperentfernung**

| | | |
|---|---|---|
| 23a | Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut | 7 |

**24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen**

| | | |
|---|---|---|
| 24a | Wimpernepilation | 6 |
| 24b | Kauterisation der Hornhaut | 23<br>+ R I<br>A. |
| 24c | Spaltung des Hordeolums | 2 |
| 24d | Kanthotomie (ohne Naht) | 10 |

## V. SONDERLEISTUNGEN
## aus dem Gebiete der
## CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und ORTHOPÄDIE

**25. Wundversorgung**

| | | |
|---|---|---|
| 25a | Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde | 8 |
| 25b | Abtragung einer großen Brandblase | 5 |
| 25c | Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung | 10 |
| 25d | Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl.chirurgische Versorgung nach jeder Methode<br>*einmal pro Region verrechenbar* | 38 |
| 25e | Naht- und Klammernentfernung<br>*einmal pro Region verrechenbar* | 4 |

**26. Kleine operative Eingriffe**

| | | |
|---|---|---|
| 26a | Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung) | 10 |
| 26b | Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung | 10 |
| 26c | Abtragung einer Eiterblase | 4 |
| 26d | Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze | 5 |
| 26e | Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung | 10 |
| 26f | Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste | 10 |
| 26g | Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe | 10 |
| 26h | Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe | 4 |

**27. Verbände**

| | | |
|---|---|---|
| 27a | Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband | 12 |
| 27b | Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität | 20 |
| 27c | Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum | 15 |
| 27d | Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes | 23<br>+ R I<br>+ M |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 27e | Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte | 38 |
| | | + R II |
| | | + M |
| 27f | Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax | 83 |
| | | + R III |
| | | + M |
| 27g | Abnahme eines kleinen Gipsverbandes | 5 |
| 27h | Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder) | 10 |
| 27i | Aufkeilung eines Gipsverbandes | 5 |
| | *Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen vergütet.* Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema | |
| 27l | Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlange bzw. vollständige Neuanlage pro Behandlungsfall und Extremität | 20 |
| | | AM.C.D.O. |
| 27m | Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l | 8 |
| | | AM.C.D.O. |

**28. Versorgung mit Heilbehelfen**

| | | |
|---|---|---|
| 28a | Gipsmodelle für Einlagen | 40 |
| | *verrechenbar nur bei Verordnung von Modell- oder Bettungseinlagen.* | + R I + M 4a |
| 28b | Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle | 18 |
| | *in maximal 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar* | O. |

**29. Knochenbrüche** (Provisorische Versorgung - Notverband)

| | | |
|---|---|---|
| 29a | Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen) | 6 |
| 29b | Alle übrigen Knochen | 10 |

## VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

**30. Frauenheilkunde**

| | | |
|---|---|---|
| 30a | Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung | 12 |
| 30b | Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung) | 3 |
| 30e | Zellentnahme für cytologische Untersuchung | 4 |
| 30f | Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle | 2 |
| 30g | Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle | 2 |
| 30h | Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat | 4 |
| 30i | Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat | 2 |
| 30j | Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung | 4 |
| | *in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | G. |
| 30k | Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie | 15 |
| | *einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr verrechenbar. Nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar.* | G. |
| 30l | Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz | 10 |
| | *in maximal 6 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | G. |
| | *nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung* | |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 30m | Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr | 15 |
| | *in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | G. |
| | *nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar* | |
| | *Mögliche Inhalte des Beratungsgespräches sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, …), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.* | |

**31. Geburtshilfe**

| | | |
|---|---|---|
| 31a | Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet | 6 |
| 31b | Beistand bei der Entbindung | |
| | *Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde -bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden. Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.* | |
| 31c | Manuelle Muttermunddilatation | 16 |
| 31d | Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe | 16 |

## VII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN

**32. Untersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 32a | Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je | 10 |
| 32b | Tonschwellenaudiometrie | 20 |
| 32c | Sprachaudiometrie | 30 |
| | *Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.* | |
| 32d | Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter | 23 |
| | | + R I |
| 32g | Otomikroskopische Untersuchung | 8 |
| | *höchstens in 35% der Behandlungsfälle verrechenbar* | H. |
| 32h | Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung | 18 |
| | *in max. 35 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat* | H. |
| 32i | Otoakustische Emissionen | 19 |
| | *in maximal 9 % der Behandlungsfälle verrechenbar* | H. |

**33. Therapeutische Verrichtungen**

| | | |
|---|---|---|
| 33a | Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr | 4 |
| 33b | Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren | 6 |
| 33c | Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut | 8 |
| 33d | Nasentamponade nach Bellocq | 23 |
| | | + R I |
| 33e | Cerumenentfernung je Ohr | 4 |
| 33f | Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite | 4 |
| 33g | Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle | 23 |
| | | + R I |
| 33h | Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig | 6 |
| | | + R I |
| 33i | Incision eines Gehörgangfurunkels | 10 |
| 33k | Attic-Spülung | 5 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 33l | Vordere Nasentamponade | 5 |
| | | + R I |

## VIII. SONDERLEISTUNGEN
## aus dem Gebiete der
## INNEREN MEDIZIN

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 34a | EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6) | 53,6075 |
| | *für Fachärzte für Lungenheilkunde in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | I.K.L. |
| 34b | Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten) | 10,2652 |
| | | I.K. |
| 34c | Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung | 10,2652 |
| | | I.K. |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 34f | Zuschlag für EKG am Krankenbett | 10 |

*Die Positionen 34a bis 34c werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.*

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 34g | Belastungs-EKG (Ergometrie) | 120,0175 |
| | *maximal einmal pro Patient und Quartal und nicht gemeinsam mit Pos 34a, 34b und 34c verrechenbar durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung einer Verrechnungsberechtigung ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset erforderlich.* | I. |
| 34x | 24-Stunden Blutdruckmonitoring | 52,5361 |
| | *verrechenbar in 10 % der Fälle bei Vorliegen folgender Indikationen:* | AM.I. |

*a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:*
- *bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung*

*b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei*
- *sekundärer Hypertonie*
- *Praeeklampsie - Schlafapnoe*
- *hypertoner Herzhypertrophie*

*c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:*
- *bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)*
- *nach Schlaganfall, Herzinfarkt*
- *mit Herzinsuffizienz*
- *mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie*
- *mit Diabetes mellitus*
- *mit fehlender Rückbildung von Organschäden*
- *mit Wechselschichtdienst*
- *mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel)*
- *zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie*
- *bei Schwangeren mit EPH-Gestose*

*für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;*
*verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer hiezu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.*
*Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.*

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 34y | Langzeit-EKG | 105,0722 |
| | (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung) | I. |
| | *verrechenbar in 20 % der Fälle;* | |
| | *für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;* | |
| | *verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.* | |

## VIIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDERHEILKUNDE

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 34h | Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kinder bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria | 13 |
| | *einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.* | K. |
| 34t | Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) | 32 |
| | *nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar* | K. |
| | *nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar* | |
| 34u | Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) | 17 |
| | *einmal pro Monat verrechenbar* | K. |
| | *nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar* | |
| 34v | Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) | 17 |
| | *einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar* | K. |
| | *nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar* | |
| 34w | Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) | 17 |
| | *in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar* | K. |
| | *nicht gemeinsam mit Pos 34t, 34u und 34v verrechenbar* | |
| 34z | Somatogramm | 9 |
| | *in maximal 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar* | K. |

## VIIIb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der LUNGENKRANKHEITEN

| | | |
|---|---|---|
| 34k | Ambulante Schlafapnoeuntersuchung | 75 |
| | *in maximal 15 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | L.H.N. |
| | *Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung. Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungsnächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundauswertung.* | |
| 34l | Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je | 3 |
| 34m | Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung | 15 |
| 34n | Bronchospasmolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums) | 15 |
| | | An.I.K.L. |
| 34o | Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse) | 19 |
| | | L. |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 34p | Messung der Atemwegswiderstände | 5 L. |
| 34q | Blutgasanalyse in Ruhe | 60 L. |
| 34r | Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe<br>*Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.*<br>Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv. | 60 L. |
| 34s | Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina<br>*in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | 20,5 L. |

## IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

### 35. Untersuchungen

| | | |
|---|---|---|
| 35a | Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit | 10 |
| 35b | Ausführliche psychiatrische Exploration;<br>*bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, maximal 1x pro Fall und Quartal und insgesamt in maximal 65 % der Fälle pro Quartal verrechenbar*<br>Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren.<br>Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren. | 31<br>N., KNP. |
| 35e | Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319)/neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3)<br>*nicht neben Ordination/Visite verrechenbar*<br>Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.<br>Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren. | 21<br>N., KNP.<br>Modul II oder III |
| 35f | Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation;<br>*maximal 1x pro Fall und Quartal verrechenbar* | 31<br>N., P., K. |
| 35g | Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala<br>*maximal 1x pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar* | 15<br>N. |
| 35h | Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala<br>*in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | 31<br>N. |

### 36. Therapeutische Verrichtungen

| | | |
|---|---|---|
| 36a | Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.;<br>*nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar*<br>1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention<br>2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bei Kindern<br>Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren. | 27<br>N., K.<br>Modul II oder III |
| 36b | Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention);<br>*nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. – kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)* | 76 |
| 36c | Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.;<br>*im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar* | 77<br>N., KNP.<br>Modul II oder III |
| 36d | Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.;<br>*nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose* | 77<br>Modul III |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 36e | Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.; | 39 |
| | *nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose* | Modul III |
| 36f | Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit | 8 |
| | *nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar* | Modul III |

Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:
*Eine Grundleistung ist nur am Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar, im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.*

Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:
*Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.*

| | | |
|---|---|---|
| 37a | Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden | 64 |
| | *Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.* | K., N. |
| 37b | ENG | 56 |
| | | N. |
| 37c | EMG | 56 |
| | | N. |
| 37d | ENG + EMG | 91 |
| | *Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.* | N. |
| 37e | Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP), je Untersuchungsart | 64 |
| | *in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | N. |

## X. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

**38. Therapeutische Verrichtungen**

| | | |
|---|---|---|
| 38a | Katheterismus der männlichen Harnblase | 4 |
| 38b | Katheterismus der weiblichen Harnblase | 2 |
| 38c | Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies | 6 |
| 38d | Blasenspülung | 2 |
| 38e | Erste Strikturdehnung der Harnröhre | 10 |
| 38f | Weitere Strikturdehnung | 5 |
| 38i | Tiefe Instillation | 2 |
| 38j | Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Untersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe | 18 |
| | *höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, grundsätzlich einmal pro Patient und Jahr, mit besonderer medizinischer Begründung zweimal pro Jahr und nicht am selben Tag mit Pos 39c verrechenbar* | D. |
| 38k | Kühlsonde | 5 |
| 38l | Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen | 10 |
| 38m | Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Position 26d und 26e) | 10 |
| 38n | Elektrolyse | 10 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 38o | Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose | 5 |
| 38p | Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht | 23 |
| | | + R I |
| 38q | Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie) | 53 |
| | | + R II |
| 38r | Kryotherapie je Sitzung | 10 |
| 38s | Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina | 4 |
| 38t | Prostatamassage | 3 |
| 38u | Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde | 6 |
| | | D. |
| 38v | Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung | 9 |
| | | D. |
| 38vv | ab 17. Behandlung | 6 |
| | | D. |
| 38w | Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung | 13 |
| | | D. |
| 38ww | ab 17. Behandlung | 10 |
| | | D. |
| 38x | Uroflowmetrie einschließlich Registrierung | 21 |
| | *höchstens in 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar* | U. |
| 38y | Therapeutische Instillation der Harnblase | 45 |
| | *nicht gemeinsam mit endoskopischen Leistungen und den Pos 38a, 38b, 38c, 38i und 39d verrechenbar* | U. |
| 38z | Wechsel eines suprapubischen Katheters | 10 |
| | | U. |
| 39a | Evakuation einer Blasentamponade | 30 |
| | | + R I |
| | | U. |
| 39c | Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom) | 22 |
| | *maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht am selben Tag mit Pos 38j verrechenbar* | D. |
| 39d | Urologische Schleimhautanästhesie | 5 |
| | *nur gemeinsam mit Pos.19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38z verrechenbar* | U. |
| | *nicht gemeinsam mit Pos 38i verrechenbar* | |
| 39e | Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) | 133 |
| | *einmal pro Patient und Tag verrechenbar* | U. |

## Xa. SONDERLEISTUNGEN
## aus dem Gebiete der
## KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **40.** | **Diagnostik** | |
| 40a | Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung | 243,36 |
| | *1x pro Behandlungszyklus verrechenbar, nicht neben Pos. 40c und 40d verrechenbar* | KJP. |
| 40b | Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik | 61,19 |
| | | KJP. |
| 40c | Diagnostische Außenanamnese | 45,90 |
| | | KJP. |
| 40d | Ausführliche diagnostische Außenanamnese | 61,19 |
| | | KJP. |
| 40e | Neurologischer Status | 38,96 |
| | | KJP. |
| 40f | Entwicklungsneurologischer Status | 90,37 |
| | *max. 2x pro Jahr bei Kindern von 0-6 Jahren verrechenbar und max. 1x pro Jahr bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr verrechenbar* | KJP. |
| 40g | Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente | 90,37 |
| | | KJP. |
| 40h | Somatischer Status | 15,32 |
| | | KJP. |
| 40i | Somatogramm | 15,32 |
| | | KJP. |
| 40j | Interaktionsdiagnostik (incl. Video ) | 486,73 |
| | *1x pro Diagnose in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | KJP. |
| 40k | Standardisierte Entwicklungsdiagnostik | 243,36 |
| | *2x pro Diagnose max. alle 2 Jahre in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | KJP. |
| **41.** | **Behandlung** | |
| 41a | Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument | 91,78 |
| | | KJP. |
| 41b | Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung | 243,36 |
| | *max. in 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | KJP. |
| 41c | Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient) | 45,90 |
| | | KJP. |
| **42.** | **Vernetzungsleistung** | |
| 42a | Koordination bei Patienten | 30,59 |
| | | KJP. |
| 42b | Koordinationstreffen (Helferkonferenz) | 243,36 |
| | *1x pro Jahr in max. 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | KJP. |
| 42c | Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) | 61,19 |
| | *1x pro Jahr verrechenbar, nicht neben Pos. 42d verrechenbar* | KJP. |
| 42d | Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlungsplan | 15,32 |
| | *nicht neben Pos. 42c verrechenbar* | KJP. |

Die Pos. Nrn. 40a bis 42d sind im selben Abrechnungszeitraum nicht neben Leistungen nach anderen Abschnitten der Honorarordnung verrechenbar.

## Xb. SONDERLEISTUNGEN
## aus dem Gebiete der
## PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung verrechenbar.

Ausgenommen davon sind folgende Positionen:
E2, F9, F10, H1, H2, I1, I2, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f.

Pos. Nr. Euro

**45. Untersuchungen**

45a Erstuntersuchung/-behandlung .....248,91 P.

Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen)

2. Psychiatrischer Längsschnitt
Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-) somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose

3. Behandlungsplan
Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten

4. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

*Verrechenbar einmal pro Patient innerhalb von 12 Monaten.*
*Neuerliche Verrechnung möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte.*
*Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten .....48,30 P.

Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik);
komplexe integrierte psychiatrische Behandlung (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch) des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;
inklusive Telefonkontakten mit Patienten

*Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 45c | Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten ..... | 80,48 P. |

Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik);
Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch) des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;
inklusive Telefonkontakten mit Patienten

*Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

| | | |
|---|---|---|
| 45d | Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten ..... | 161,00 P. |

Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik);
Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;
inklusive Telefonkontakten mit Patienten

*Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

| | | |
|---|---|---|
| 45e | Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten ..... | 12,34 P. |

Mindestinhalt:
1. Außenanamnese mit Bezugspersonen
Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch

2. Sozialpsychiatrische Intervention umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten

Uhrzeit und Verhältnis zum Patienten sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

*Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar*

| | | |
|---|---|---|
| 45f | Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit ..... | 25,35 P. |

*Pro Patient und Tag maximal zweimal verrechenbar.*

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 45g | Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten | 24,61 P. |
| | Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests. | |
| | *Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.* | |
| 45h | Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten | 24,61 P. |
| | *Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. In maximal 12% der Fälle pro Quartal verrechenbar.* | |
| 45i | Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten | 49,21 P. |
| | *In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | |
| 45j | Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen 70 Minuten | 182,14 P. |
| | *Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich.* | |
| | *Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.* | |
| 45k | Koordinationstreffen (Helferkonferenz) | 221,42 P. |
| | *in maximal 10% der Fälle verrechenbar; maximal 2x pro Patient und Jahr verrechenbar;* | |
| 45l | Hausbesuch | 22,80 P. |
| | *verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j* | |

## XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG
## durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden in der Regel nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
2. Wenn am Orte ein Facharzt für physikalische Medizin oder ein behördlich konzessioniertes, von einem Arzt geführtes Institut für physikalische Therapie vertraglich nicht zur Verfügung steht, können physikalische Behandlungen auch von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (von letzteren nur im Rahmen ihres Fachgebietes) auf Zuweisung durch einen anderen Arzt durchgeführt werden.
3. Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **1. Massage** | | |
| p 1a | Manuelle Massage | 4,5056 |
| p 1b | Apparatemassage | 4,0837 |
| p 1c | Pneumomassage des Trommelfells | 4,0837 |
| **2. Gymnastik** | | |
| p 2a | Einzelheilgymnastik | 5,3155 |
| p 2b | Extensionsbehandlung, Quengeln | 5,3043 |
| p 2c | Heilgymnastik in der kleinen Gruppe | 3,5134 |
| **3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen** | | |
| p 3a | Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.) | 3,4336 |
| p 3b | Quarzbestrahlung | 3,4336 |
| p 3c | Heißluft | 4,5056 |
| p 3d | Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je | 3,7528 |
| p 3e | Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten | 5,7831 |
| p 3f | Vierzellenbad nach Schnee | 6,3879 |
| p 3g | Iontophorese | 5,7035 |
| p 3h | Diathermie | 4,5056 |
| p 3i | Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle | 6,0683 |
| p 3k | Ultraschall | 7,3575 |
| **4. Inhalationen** | | |
| p 4a | Dampfinhalation | 3,0115 |
| p 4b | Aerosolinhalation | 3,7528 |
| **5. Buckybestrahlung** | | |
| p 5a | Buckybestrahlung<br>*pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder* | 15,1940<br>D. |

## XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der BVAEB von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der BVAEB gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.
3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die BVAEB weiterleitet.
4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
5. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
6. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der BVAEB vorzulegen.
7. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bilddokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
8. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

### Ultraschalldiagnostik

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **Abdomen und Retroperitoneum** | | |
| US 1 | Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege | 29,9445 R.C.I.K. |
| US 2 | Sonographie des Pankreas | 36,6108 R.C.I.K. |
| US 3 | Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) | 55,4699 R.C.I.K. |
| US 4 | Sonographie der Milz | 24,9661 R.C.I.K.UC. |
| US 5 | Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta) | 36,6108 R.C.I.K.U. |
| US 7 | Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation<br>*nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen* | 38,7453 G. |
| US 8 | Sonographie des Unterbauches | 36,6108 C.I.K. |
| US 10 | Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie | 39,9333 G.R. |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| US 11 | Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie | 42,6855 |
| | *Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen* | U.R. |
| US 12 | First Line Sonographie | 34,1500 |
| | *Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Allgemein- und Familienmedizin, die von der BVAEB im Einvernehmen mit der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.* | AM. |

**Small-parts-Diagnostik**

| | | |
|---|---|---|
| SP 1 | Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse | 36,0520 |
| | | R.I.C.K. |
| SP 2 | Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) | 53,2443 |
| | *Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.* | R.H. |
| SP 3 | Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis | 9,4295 |
| | | H. |
| SP 5 | Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite) | 17,9611 |
| | | R. |
| SP 6 | Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten) | 16,6444 |
| | | R.C. |
| SP 7 | Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste | 31,0628 |
| | *Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.* | R.O.UC. |
| SP 9 | Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht | 44,3738 |
| | | R.K.O. |
| SP9a | Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax | 44,3738 |
| | *in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* | K. |
| SP 10 | Sonographie des Scrotalinhaltes | 36,0520 |
| | | R.K.U.C. |

**Doppler-Diagnostik**

| | | |
|---|---|---|
| DS 1 | Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung | 22,1816 |
| | *Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.* | C(G).D.I. |
| DS 2 | Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz | 22,1816 |
| | *Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.* | C.D.I. |
| DS 3 | Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation | 33,2775 |
| | *Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verechenbar.* | I.N.C(G). |
| DS 4 | Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) | 12,7628 |
| | *Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.* | R.I.N. |
| DS 5 | Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung | 73,3000 |
| | *in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar; Fälle, die ausschließlich zur Transcraniellen Dopplersonographie zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung, in diesen Fällen gebührt keine Grundleistungsvergütung* | N. |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **Farbduplexdiagnostik** | | |
| FD 1 | Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems | 64,8996 |
| | *Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar* | R.I.N.C(G). |
| FD 2 | Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild | 11,0962 |
| | | R.C(G).I.K. |
| FD 3 | Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta | 27,7405 |
| | | R.C.I. |
| FD 4 | Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes | 55,4699 |
| | *Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.* | D.I.C(G).R. |
| FD 5 | Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen | 55,4699 |
| | *Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.* | D.I.C(G).R. |
| **Echokardiographie** | | |
| EK 1 | Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) | 56,6532 |
| | | I. |
| EK 2 | Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler | 123,1548 |
| | *Verrechenbar in folgenden Indikationen:*<br>*- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;*<br>*- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;*<br>*- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.* | I. |

## XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN
## durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte
(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen BVAEB und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
2. Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
3. Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
4. Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
5. Wenn am Orte kein Vertragsarzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen BVAEB und zuständiger Ärztekammer Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Position A1 und von Fachärzten nach Position E3 verrechnet werden.
6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.

| Pos. Nr. | | Honorar und Unkosten Euro |
|---|---|---|
| **Durchleuchtungen und Zuschläge** | | |
| r 4a | Durchleuchtung ohne Kontrastbrei | 13,4527 |
| r 4b | Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen) | 14,8287 |
| r 4c | Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage | 17,5914 |
| r 4d | Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf | 20,8501 |
| r 4e | Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten) | 6,6194 |
| r 4f | Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte | 8,3219 |
| r 4g | Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte | 10,0022 |
| **Aufnahmen** | | |
| r 5a | Aufnahme 9 x 12 | 7,7243 |
| r 5b | Aufnahme 13 x 18 | 9,9796 |
| r 5c | Aufnahme 18 x 24 | 12,5848 |
| r 5d | Aufnahme 15 x 40 | 15,5165 |
| r 5e | Aufnahme 24 x 30 | 16,8695 |
| r 5f | Aufnahme 30 x 40 | 19,4294 |
| r 5g | Aufnahme 35 x 35 | 21,0194 |
| r 5h | Zahnfilm | 5,1984 |
| r 5i | Aufnahme 20 x 40 | 17,2416 |

## XIV. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(mit Ausnahme der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen können nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
   Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
   Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 3, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Ärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Werden die Pos. Nr. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02 und 11.25 von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik, die Pos. Nr. 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie bzw. die Pos. Nr. 1.01., 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebiets Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktewert für Akutparameter zur Anwendung.
5. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
6. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte verrechenbar sind.
7. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
9. Über die erbrachten Laborleistungen und die verwendeten Gerätschaften sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 1.01 | Blutbild | 3,4 |
| | | AM.I.K.L.U. |
| 2.04 | Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest" | 4,0 |
| | *nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar* | AM.I.K. |
| 2.05 | Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) | 4,0 |
| | *nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar* | AM.I.K. |
| 2.09 | Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte | 7,5 |
| 3.01 | Blutzucker-Bestimmung | 0,93 |
| | | AM.I.K.U. |
| 3.05 | Kreatinin | 0,93 |
| | | AM.I. |
| 3.07 | Gesamtbilirubin | 0,93 |
| | | K. |
| 3.08 | Direktes und indirektes Bilirubin | 0,93 |
| | | K. |
| 3.15 | Natrium | 0,93 |
| | | I. |
| 3.16 | Kalium | 0,93 |
| | | AM.I. |
| 4.07 | GOT (ASAT) | 0,93 |
| | | I.K. |
| 4.08 | GPT (ALAT) | 0,93 |
| | | I.K. |
| 4.09 | Gamma-GT | 0,93 |
| | | I. |
| 4.20 | Troponin T oder Troponin I | 7,2 |
| | | AM.I.L. |
| 5.01 | Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung | 0,93 |
| | *mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar* | |
| 5.02 | Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) | 0,93 |
| | *auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar* | |
| 5.03 | Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) | 0,93 |
| | | AM.K.U.G. |
| 7.02 | Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) | 2,0 |
| | | AM.K.I. |
| 11.25 | CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual. | 2,5 |
| | | AM.I.K.L. |
| 12.01 | Nativpräparat | 3,0 |
| | | D. |
| 12.07 | Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate | 9,0 |
| | | D. |
| 12.12 | Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) | 4,0 |
| | | U. |
| 12.93 | Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich | 6,9 |
| | *nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04* | AM.K. |
| 15.01 | Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut-und Harnzuckerbestimmungen) | 5 |
| | | AM.G.I. |

## B. Operationstarif
## für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der BVAEB nur honoriert, wenn eine Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind mit Angabe der Positionsnummer zu verrechnen, ansonsten werden in Zweifelsfällen nur die jeweils niedrigeren Positionen honoriert.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in einer Krankenanstalt durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung oder Krankenbesuch) nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Beratung oder den ersten Krankenbesuch handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden.
7. Bei den mit + bezeichneten Operationen ist die Verrechnung von Assistenz unzulässig. Bei den mit ++ bezeichneten Operationen der Gruppe IV kann eine zweite Assistenz ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden.
8. Wird die Operation in einer Krankenanstalt durchgeführt, so ist diese unter Angabe der Verpflegsklasse in der hiefür vorgesehenen Rubrik der Anzeige über geleistete Arzthilfe anzuführen.
9. Regiezuschläge dürfen vom Arzt nur verrechnet werden, wenn die Operation in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt wurde.
10. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird den diese Leistungen erbringenden Ärzten auf Grund der vom Operateur auf der Honorarliste durchzuführenden Verrechnung unmittelbar von der BVAEB überwiesen. Vom operierenden Arzt ist daher in jedem Falle der Name und die Anschrift des Assistenten bzw. Narkotiseurs anzugeben.
11. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

## OPERATIONSHONORAR

**Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachtoperationen und hiefür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50%, doch muss die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden.**

### 1. Operation

| Gruppe | Punkte |
|---|---|
| I | 55 |
| II | 110 |
| III | 190 |
| IV | 340 |
| V | 660 |
| VI | 940 |
| VII | 1330 |
| VIII | 1710 |

### 2. Erste Assistenz

| Gruppe | Punkte |
|---|---|
| I | 18 |
| II | 23 |
| III | 29 |
| IV | 56 |
| V | 131 |
| VI | 160 |
| VII | 263 |
| VIII | 338 |

### 3. Zweite Assistenz

| Gruppe | Punkte |
|---|---|
| I | -- |
| II | -- |
| III | -- |
| IV | 29 |
| V | 56 |
| VI | 75 |
| VII | 131 |
| VIII | 169 |

### 4. Narkose
(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

| Gruppe | Punkte |
|---|---|
| I | -- |
| II | 23 |
| III | 29 |
| IV | 56 |
| V | 66 |
| VI | 85 |
| VII | 131 |
| VIII | 188 |

*Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.*

### 5. Narkose
durch den Facharzt für Anästhesiologie

| Gruppe | Punkte |
|---|---|
| I | 29 |
| II | 29 |
| III | 29 |
| IV | 56 |
| V | 150 |
| VI | 235 |
| VII | 329 |
| VIII | 423 |

*V - VIII nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i. v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 4. anzuwenden.*
*Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung unter Operationsgruppe IV verrechenbar.*

### 6. Regiezuschlag

Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken vorgenommen werden, wird ein Regiezuschlag in folgendem Ausmaß geleistet:

| Gruppe | Euro |
|---|---|
| I | 10,5498 |
| II | 15,7540 |
| III | 20,9937 |
| IV | 31,3555 |

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

## OPERATIONSGRUPPENSCHEMA

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

### AUGENHEILKUNDE

#### Gruppe I

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 1a | Incision bei Dakryocystitis | A. |
| O 1b | Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern | A.C.D. |
| O 1c | Operation des Chalazion | A. |
| O 1d | Elektrokoagulation von Geschwülsten (ausgenommen aus kosmetischen Gründen) | A. |
| O 1e | Alkoholinjektion bei Blepharospasmus (auch beidseitig) | A. |
| O 1f | Kanthoplastik mit Naht | A. |
| O 1g | Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege | A. |
| O 1h | Operation am Tränenröhrchen | A. |
| O 1i | Quetschung von Trachomkörnern | A. |
| O 1k | Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere 1/2 Gruppe I) | A. |
| O 1l | Elektrolytische Epilation | A. |

#### Gruppe II

| | | |
|---|---|---|
| O 2a | Tarsorrhaphie | A. |
| O 2b | Tränendrüsenstichelung | A. |
| O 2c | Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen | A. |
| O 2d | Epicanthusoperation | A. |
| O 2e | Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellensche Naht) | A. |
| O 2f | Einfache Tenotomie (Schieloperation) | A. |
| O 2g | Operation des Pterygium | A. |
| O 2h | Abrasio corneae + | A. |
| O 2i | Tätowierung der Cornea + | A. |
| O 2k | Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o. Ä. | A. |
| O 2l | Punktion der vorderen Kammer | A. |
| O 2m | Nadeldiscission bei angeborener Cataracta | A. |
| O 2n | Retrobulbäre Alkoholinjektion | A. |

#### Gruppe III

| | | |
|---|---|---|
| O 3a | Einfache Symblepharonoperation | A. |
| O 3b | Tarsusexstirpation bei Trachom | A. |
| O 3c | Exstirpation des Tränensackes | A. |
| O 3d | Exstirpation der Tränendrüse | A. |
| O 3e | Trichiasisoperation | A. |
| O 3f | Sklerotomie + | A. |
| O 3g | Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels Magnetes | A. |
| O 3h | Discission bei Cataracta secundaria | A. |
| O 3i | Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik | A. |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 3k | Transfixion der Iris | A. |
| O 3l | Iridotomie | A. |
| O 3m | Glaskörperabsaugung | A. |
| O 3n | Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium | A. |

**Gruppe IV**

| | | |
|---|---|---|
| O 4a | Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie | A. |
| O 4b | Einfache Ptosisoperation | A. |
| O 4c | Symblepharonoperation mit Plastik | A. |
| O 4d | Scleral- oder Cornealnaht | A. |
| O 4e | Vogtsche Stichelung | A. |
| O 4f | Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti | A. |
| O 4g | Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer | A. |
| O 4h | Linearextraktion | A. |
| O 4i | Abtragung des Irisprolapses mit Plastik | A. |
| O 4k | Iridektomie | A. |
| O 4l | Enucleatio bulbi | A. |
| O 4m | Exenteratio bulbi | A. |

**Gruppe V**

| | | |
|---|---|---|
| O 5a | Große plastische Operation an den Lidern | A. |
| O 5b | Komplizierte Ptosisoperationen | A. |
| O 5c | Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cyclodialyse) | A. |
| O 5d | Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder Methode | A. |

**Gruppe VI**

| | | |
|---|---|---|
| O 6a | Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie) | A. |
| O 6b | Entfernung intraoculärer Fremdkörper | A. |
| O 6c | Evisceratio orbitae | A. |
| O 6d | Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae | A. |

**Gruppe VII**

| | | |
|---|---|---|
| O 7a | Hornhautplastik, Linsenimplantation | A. |
| O 7b | Operation bei Ablatio retinae mit Bulbusverkürzung | A. |
| O 7c | Endocranielle Operation mit Orbitalresektion (Krönlein) | A. |

## CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, NEUROCHIRURGIE

*Bei unfallbedingten Operationen, soweit sie nicht gesondert angeführt sind, ist eine dem Eingriff analoge Position des Operationsgruppenschemas unter Beschreibung des durchgeführten Eingriffes zu verrechnen.*

**Gruppe I**

| | | |
|---|---|---|
| O 8a | Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke | C.O. |
| O 8b | Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein) | C.H.NC.O. |
| O 8c | Excision kleiner Wunden (Wundtoilette) | |
| O 8d | Incision eines Panaritium subcutaneum | |
| O 8e | Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels | C.G. |
| O 8f | Incision einer oberflächlichen Phlegmone | |
| O 8g | Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht | |
| O 8h | Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen) | |
| O 8i | Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose | C.K.U. |
| O 8k | Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung | C.D.G. |
| O 8l | Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation | |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 8m | Percutane Bluttransfusion mit Konserve | |
| O 8n | Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe | C.D.O. |
| O 8o | Amnioneinpflanzung nach Filatow | C.G. |
| O 8p | Probeexcision mit Naht | |

**Gruppe II**

| | | |
|---|---|---|
| O 9a | Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation | C.O. |
| O 9b | Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Band-rupturen an Knie und Sprunggelenken | C.O. |
| O 9c | Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben) | |
| O 9d | Incision eines Panaritium tendineum oder osseum + | C. |
| O 9e | Buelausche Heberdrainage | C.I.K.L. |
| O 9f | Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation | C.G.NC.U. |
| O 9g | Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper | |
| O 9h | Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms) | |
| O 9i | Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose | C.D.U. |
| O 9k | Spaltung einer Fistula ani | C.G. |
| O 9l | Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig) | |
| O 9m | Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode | |
| O 9n | Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene | |
| O 9o | Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung | C.O. |
| O 9p | Amputation oder Enucleation von Phalangen | C.O. |
| O 9q | Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur | |
| O 9r | Einfache Krampfadernoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena) | C.D.O. |
| O 9s | Drüsenimplantation | |
| O 9t | Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie | C. |
| O 9u | Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes | C.I.K. |

**Gruppe III**

| | | |
|---|---|---|
| O 10a | Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband | C.O. |
| O 10b | Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis | C.O. |
| O 10c | Excision großer Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben) | C.NC.O. |
| O 10d | Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen) | C.O. |
| O 10e | Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. Ä.) | C.D.H.O. |
| O 10f | Resektion eines kleinen Gelenkes | C.O. |
| O 10g | Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern | C.O. |
| O 10h | Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom) | C.G.O. |
| O 10i | Radikaloperation einer Hydrocele | C.U. |
| O 10k | Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung | C.G. |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 10l | Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena bracchialis, axillaris, der Vena jugularis | C. |
| O 10m | Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis, zentraler Cavakatheter | An.C.I. |
| O 10n | Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes | |
| O 10o | Operation nach Doppler | C. |
| O 10p | Phrenicusexhairese | C.L. |
| O 10q | Vasektomie oder Vasoligatur | C.U. |
| O 10r | Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich) | C.O. |
| O 10s | Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck | C. |
| O 10t | Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiographie, Angiographie der Aorta | C.O.R. |
| O 10u | Exhairese eines peripheren Trigeminusastes | C.NC. |

**Gruppe IV**

| | | |
|---|---|---|
| O 11a | Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband | C.O. |
| O 11b | Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke | C.O. |
| O 11c | Nervennaht bei frischen Verletzungen | C.NC.O. |
| O 11d | Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne) | C.NC.O. |
| O 11e | Exstirpation eines Karbunkels | C.O. |
| O 11f | Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration; ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen | C.G.NC.O.U. |
| O 11g | Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke | C.O. |
| O 11h | Tracheotomie | An.C.H.K.NC. |
| O 11i | Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux | C.I.K.L.O. |
| O 11k | Pneumolyse | C.L. |
| O 11l | Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis | C.NC. |
| O 11m | Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss, Gastrotomie | C.U. |
| O 11n | Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes + + | C. |
| O 11o | Adhaesiolyse | C.G. |
| O 11p | Appendektomie + + | C. |
| O 11q | Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht | C. |
| O 11r | Noduliexstirpation nach Whitehead | C. |
| O 11s | Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff | C. |
| O 11t | Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung | C. |
| O 11u | Periarterielle Sympathektomie nach Leriche | C.NC.O. |
| O 11v | Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus | C.U. |
| O 11w | Probelaparotomie | C.G.U. |
| O 11x | Reamputation | C.O. |
| O 11y | Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt) | C.U. |
| O 11z | Radikaloperation von Varicen pro Extremität | C.O. |

**Gruppe V**

| | | |
|---|---|---|
| O 12a | Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes | C.H. |
| O 12b | Nervenplastik | C.NC. |
| O 12c | Neurolyse mit Naht | C.NC.O. |
| O 12d | Sehnenplastik | C.O. |
| O 12e | Exstirpation eines Parotistumors | C.H. |
| O 12f | Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk | C.O. |
| O 12g | Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx | C.H. |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 12h | Scalenotomie | C.O. |
| O 12i | Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen | C.L. |
| O 12k | Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch | C.G. |
| O 12l | Gastroenterostomie | C. |
| O 12m | Enteroanastomose | C. |
| O 12n | Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie) | C. |
| O 12o | Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation) | C.G. |
| O 12p | Appendektomie bei perforiertem Appendix | C. |
| O 12q | Intraperitonealer Kolostomieverschluss | C. |
| O 12r | Mehrfache Darmnaht | C.G. |
| O 12s | Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption | C. |
| O 12t | Vagusresektion | C. |
| O 12u | Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik | C.D.H.O. |
| O 12v | Amputation oder Enukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes | C.O. |
| O 12w | Knochentransplantation | C.O. |
| O 12x | Osteosynthese kleiner Knochen | C.O. |
| O 12y | Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung | C.NC.O. |
| O 12z | Kompletter Schrittmachereinbau | C. |
| O 12[1] | Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses | C. |
| O 12[2] | Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparatomiam | C. |

**Gruppe VI**

| | | |
|---|---|---|
| O 13a | Strumektomie | C. |
| O 13b | Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx | C.H. |
| O 13c | Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe | C.NC.O. |
| O 13d | Schedeplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung | C.L. |
| O 13e | Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie | C.L. |
| O 13f | Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle | C. |
| O 13g | Gallenblasenoperation oder Gallengangsoperation (Choledochotomie) einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie<br>*Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.* | C. |
| O 13h | Anastomosenoperation an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikographie<br>*Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.* | C. |
| O 13i | Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode | C. |
| O 13k | Milzexstirpation | C. |
| O 13l | Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausräumung | C.G.H.U. |
| O 13m | Amputatio recti (sacrale Methoden) | C. |
| O 13n | Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen) | C. |
| O 13o | Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes) | C. |
| O 13p | Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes | C. |
| O 13q | Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten | C. |
| O 13r | Knochentransplantation an Diaphysenknochen | C.O. |
| O 13s | Osteosynthese großer Röhrenknochen | C.O. |
| O 13t | Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese | C.NC.O. |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 13u | Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastikausgießung u. Ä. | C.NC.O. |
| O 13v | Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn | C.NC.O. |
| O 13w | Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege | C.U. |

**Gruppe VII**

| | | |
|---|---|---|
| O 14a | Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, Ventrikeldrainage mit direkter ICP-Messung | C.NC. |
| O 14b | Operation des Hypophysentumors | C.NC. |
| O 14c | Resectio mandibulae, maxillae, linguae | C.H. |
| O 14d | Zenkersches Speiseröhrendivertikel | C.H. |
| O 14e | Operation am Pericard | C. |
| O 14f | Operation der Mitralstenose | C. |
| O 14g | Herzverletzungen und Steckschüsse | C. |
| O 14h | Pneumektomie | C.L. |
| O 14i | Operation intrathorakaler Geschwülste des Mittelfelles mittels Sternumspaltung oder transthorakal | C. |
| O 14k | Decortication der Lunge wegen subacutem Empyem oder Hämatothorax | C.L. |
| O 14l | Zwerchfellhernie | C. |
| O 14m | Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus pepticum jejuni | C. |
| O 14n | Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes | C. |
| O 14o | Große Leberoperationen (Teilresektion) | C. |
| O 14p | Nebennierenexstirpation | C.U. |
| O 14q | Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden | C. |
| O 14r | Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines und proximal des Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht, Embolektomie aus den großen Schlagadern mit Ausnahme der Aorta | C. |
| O 14s | Transthorakale Sympathicusoperation über drei Segmente | C. |
| O 14t | Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn | C.NC. |
| O 14u | Gallenblasenoperation mit Gallengangsoperation (Choledochotomie), inkl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie | C. |
| O 14v | Operation einer Rezidiv-Struma, auch mehrfaches Rezidiv | C. |
| O 14w | Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per thorakotomiam | C. |
| O 14x | Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; ein Transplantat | C.NC. |

**Gruppe VIII**

| | | |
|---|---|---|
| O 15a | Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation | C.NC. |
| O 15b | Oesophagusresektion | C.H. |
| O 15c | Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum | C. |
| O 15d | Operation der angeborenen Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße | C. |
| O 15e | Lobektomie | C.L. |
| O 15f | Segmentresektion der Lunge | C.L. |
| O 15g | Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem | C.L. |
| O 15h | Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation) | C. |
| O 15i | Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile | C. |
| O 15k | Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen, Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g | C. |
| O 15l | Operation nach Brunswich | C.G. |
| O 15m | Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln | C. |
| O 15n | Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie | C. |
| O 15o | Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion | C. |
| O 15p | Intrahepatale Gallengangsanastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g | C. |
| O 15q | Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB) | C.NC. |

O 15r Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate ..... C.NC.

## HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

### Gruppe I

O 16a Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren ..... C.D.
O 16b Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata ..... D.

### Gruppe II

O 17a Dermoabrasio bis 10 cm² nach Methode Schreus ..... C.D.

### Gruppe III

O 17b Dermoabrasio von 10 cm² bis 50 cm² nach Methode Schreus ..... C.D.

### Gruppe IV

O 17c Dermoabrasio über 50 cm² nach Methode Schreus ..... C.D.

## FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

### Gruppe I

O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis ..... C.G.
O 18b Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome
O 18c Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision ..... C.D.G.U.
O 18d Strichabrasio ..... G.
O 18e Abtragung eines Cervikalpolypen ..... G.
O 18f Abtragung vaginaler Granulationen ..... G.
O 18g Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode
O 19a Äußere Wendung bei Querlage ..... G.
O 19b Dammnaht I. Grades ..... G.
O 19c Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes ..... G.

### Gruppe II

O 20a Exstirpation des Hymens ..... G.
O 20b Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva ..... D.G.U.
O 20c Abtragung eines Urethralpolypen ..... C.D.G.U.
O 20d Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation) ..... G.
O 20e Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation) ..... G.
O 20h Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose + ..... G.
O 20i Vollständige Abrasio mucosae uteri ..... G.
O 20k Pertubation ..... G.
O 20l Dammplastik als selbständige Operation ..... G.
O 20m Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat ..... G.
O 21a Crede in Narkose ..... G.
O 21b Dammnaht II. Grades ..... G.
O 21c Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile ..... G.
O 21d Introitusnahe Scheidennaht ..... G.
O 21e Kopfschwartenzange ..... G.
O 21f Muttermundincision ..... G.
O 21g Hystereuryse ..... G.

### Gruppe III

O 22a Labienresektion ..... G.
O 22b Exstirpation der Bartholinschen Drüse ..... C.G.U.
O 22c Entfernung eines eingewachsenen Pessars ..... G.

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 22d | Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion | G. |
| O 22e | Portioamputation und -plastik | G. |
| O 22f | Exstirpation eines Bauchdeckentumors | G. |
| O 22g | Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen) | G. |
| O 22h | Vordere Scheidenplastik | G. |
| O 22i | Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat | G. |
| O 23a | Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe) | G. |
| O 23b | Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt | G. |
| O 23c | Naht eines frischen Cervixrisses | G. |
| O 23d | Cervixnahe Scheidennaht | G. |
| O 23e | Zange, Vacuumextraktion + | G. |
| O 23f | Konisation | G. |
| O 23g | Cerclage nach Shirodkar | G. |

**Gruppe IV**

| | | |
|---|---|---|
| O 24a | Durchführung der künstlichen Fehlgeburt ab Ende des 3. Schwangerschaftsmonates mittels Sectio caesarea vaginalis | G. |
| O 24b | Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung | G. |
| O 24c | Kolporrhaphie mit Perineoplastik + + | G. |
| O 24d | Abdominelle oder vaginale Antefixation des Uterus oder Alexander-Adamsche Operation | G. |
| O 24e | Ein- oder beiderseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung | G. |
| O 24f | Salpingotomie + + | G. |
| O 24g | Ovariotomie, Ovarektomie | G. |
| O 24h | Konservative Myomoperation | G. |
| O 24l | Plastik eines kompletten Dammrisses mit Sphinkterplastik | G. |
| O 25a | Kombinierte Wendung | G. |
| O 25b | Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht | G. |
| O 25c | Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta | G. |
| O 25d | Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt | G. |
| O 25e | Hohe Zange | G. |

**Gruppe V**

| | | |
|---|---|---|
| O 26a | Abdominelle Nervenresektion (Cotte) | C.G.U. |
| O 26b | Intraabdominelle Gefäßunterbindung (als selbständige Operation) | G. |
| O 26c | Kolpokleisis | G. |
| O 26d | Supravaginale Amputation des Uterus (ohne Adnexe) | G. |
| O 26e | Tubenimplantation | G. |
| O 26f | Salpingo-Oophorektomie | G. |
| O 26g | Operation einer Graviditas extrauterina | C.G. |
| O 26h | Plastik bei höher gelegener Atresia vaginae | G. |
| O 27a | Sectio caesarea | G. |
| O 27b | Hebosteotomie, Symphyseotomie | G. |

**Gruppe VI**

| | | |
|---|---|---|
| O 28a | Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri | G. |
| O 28b | Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren | G. |
| O 28c | Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominell | G. |
| O 28d | Exstirpation des Cervixstumpfes | G. |
| O 28e | Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen) | G. |
| O 28f | Fisteloperation | G. |
| O 28g | Operative Behandlung der Uterusruptur | G. |
| O 28h | Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen | G. |
| O 28i | Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn) | G. |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 29a | Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation) | G. |
| O 29b | Wiederholte sectio caesarea | G. |

**Gruppe VII**

| | | |
|---|---|---|
| O 30a | Radikaloperation nach Wertheim, Schauta, Halban, Amreich bei Carcinoma colli uteri | G. |
| O 30b | Operation einer Rektovaginal- oder Cystovaginalfistel mit zusätzlicher plastischer Deckung | G.U. |
| O 30c | Bildung einer künstlichen Scheide | G. |
| O 30d | Erweiterte Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri inkl. Wertheim, Lymphonodektomie | G. |

## HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

**Gruppe I**

| | | |
|---|---|---|
| O 31a | Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung) | H. |
| O 31b | Abtragung von Ohrpolypen | H. |
| O 31c | Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen | H. |
| O 31d | Paracentese des Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle | H.K. |
| O 31e | Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel | H. |
| O 31f | Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie | H. |
| O 31g | Incision eines Peritonsillar-, Retropharyngeal-, Septums- oder Gehörgangsabszesses | C.H. |
| O 31h | Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus | H. |
| O 31i | Probeexcision aus Nase oder Rachen | C.H. |
| O 31j | Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung | H. |

**Gruppe II**

| | | |
|---|---|---|
| O 32a | Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper) + | H. |
| O 32b | Intubation + | An.C.H.I.K. |
| O 32c | Kleine plastische Operationen | C.H. |
| O 32d | Punktion eines Antrums bei Säuglingen + | H.K. |
| O 32e | Entfernung von adenoiden Vegetationen + | H.K. |
| O 32f | Punktion der Stirnhöhle nach Beck + | H. |
| O 32g | Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz + | H. |
| O 32h | Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung | H. |
| O 32i | Speichelsteinentfernung | C.H. |
| O 32j | Anlegen eines Paukendrainageröhrchens | H. |

**Gruppe III**

| | | |
|---|---|---|
| O 33a | Nasale Entfernung eines Choanenpolypen + | H. |
| O 33b | Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe + | H. |
| O 33c | Unterbindung der Vena jugularis | C.H. |
| O 33d | Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen | H. |
| O 33e | Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 1/2fach) + | H. |
| O 33f | Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff | C.H. |
| O 33g | Rhynophym | C.D.H. |
| O 33h | Korrektur eines abstehenden Ohres mittels Keilresektion | C.D.H. |
| O 33i | Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung | H. |

**Gruppe IV**

| | | |
|---|---|---|
| O 34a | Tränensackplastik nach West | A.H. |
| O 34b | Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endooesophogale Oesophagusvaricensclerosierung | C.H.I. |
| O 34c | Größere plastische Operationen | C.H. |
| O 34d | Vollständige Entfernung der Ohrmuschel | C.H. |
| O 34f | Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus | H. |
| O 34g | Radikaloperation einer Kieferhöhle | H. |

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| O 34h | Operation der Deviatio septi nach Killian + | H. |
| O 34i | Antrotomie bzw. Trepanation des Warzenfortsatzes, ausgenommen bei Kindern bis zu einem Jahr | H. |
| O 34k | Radikaloperation des Mittelohres | H. |
| O 34l | Ozaena-Operation | H. |
| O 34m | Operation eines Nasen-Rachenfibroms | H. |
| O 34n | Collare Mediastinotomie | C.H. |
| O 34o | Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger | H. |

**Gruppe V**

| | | |
|---|---|---|
| O 35a | Stirnhöhlen-Radikaloperation nach Killian-Riedel | H. |
| O 35b | Radikaloperation mit anschließender Labyrinthoperation | H. |
| O 35c | Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen von Nebenhöhleneiterungen | H. |
| O 35d | Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten (mit Laryngofissur, Thyreotomie oder mittels mikrolaryngoskopischen Eingriffes) | H. |
| O 35e | Plastik von Narbenstenosen des Kehlkopfes mit Laryngofissur | H. |
| O 35f | Myringoplastik | H. |

**Gruppe VI**

| | | |
|---|---|---|
| O 36a | Radikaloperation von malignen Tumoren der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes | C.H. |
| O 36b | Radikaloperation eines Nasen-Rachenfibroms mit Voroperation | H. |
| O 36c | Arypexie oder Arydektomie bei doppelseitiger Rekurrensparese | H. |
| O 36d | Plastische Operation einer Choanalatresie, auch beiderseits | C.H. |
| O 36e | Trachealplastik | C.H. |

**Gruppe VII**

| | | |
|---|---|---|
| O 37a | Gehirnoperation | C.H. |
| O 37b | Sinusoperation | H. |
| O 37c | Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stirnplastik, Aufbauplastik der Trachea | H. |
| O 37d | Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette, Fenestration<br>*nur einmal verrechenbar* | H. |
| O 37e | Halsausräumung bei malignen Tumoren | C.H. |
| O 37f | Operative Entfernung des Ganglion Gasseri | C.H. |
| O 37g | Facialisdekompression | H. |
| O 37h | Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere) | H. |

## INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE- und PSYCHIATRIE, ANÄSTHESIOLOGIE

**Gruppe I**

| | | |
|---|---|---|
| O 38a | Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.) | I.L. |
| O 38b | Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.) | I.L. |
| O 38c | Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Enzephalographie) 1 1/2fach | An.C.H.I.N. |
| O 38d | Kontrastfüllung bei Bronchographie | An.H.L. |
| O 38e | Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 1 1/2fach | An.C.I.N. |
| O 38f | Nucleographie | |

**Gruppe II**

| | | |
|---|---|---|
| O 39a | Pneumothorax-Erstanlage +<br>*Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte nur mit besonderer Begründung verrechenbar* | An.I.K.L. |
| O 39b | Pneumoperitoneum-Erstanlage + | I.K.L. |
| O 39c | Liquorausblasung + | C.I.K.L.N. |
| O 39d | Liquortransfusion | C.I.K.L.N. |

**Gruppe IV**

O 41a Cavernostomie ..... C.L.
O 41b Winterschlaf einschl. Betreuung + ..... An.N.

## ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)
*Material und Heilbehelfe sind im Operationshonorar nicht enthalten.*
*Der Materialaufwand bei Gipsverbänden wird nach den im Abschnitt „F“*
*festgelegten Sätzen vergütet.*

**Gruppe I**

O 42a Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen ..... C.O.
O 42c Subcutane Tenotomie ..... C.O.
O 42d Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Becksche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation) ..... C.O.
O 42e Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm ..... C.O.
O 42f Halskrawatte ..... C.O.
O 42g Oberschenkel (1 1/2fach) ..... C.O.

**Gruppe II**

O 43a Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenks-kontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen) ..... C.O.
O 43c Offene Tenotomie ..... C.O.
O 43d Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke ..... C.O.
O 43e Modellverbände: obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper ..... C.O.
O 43f Abmeißelung von Exostosen ..... C.O.
O 43g Operation des Calcaneussporns ..... C.O.
O 43h Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen) ..... C.K.O.
O 43i Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation ..... C.O.

**Gruppe III**

O 44a Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation ..... C.O.
O 44b Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes ..... C.O.
O 44c Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers ..... C.O.
O 44d Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen) ..... C.O.
O 44e Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen) ..... C.O.
O 44f Gipsmieder, Gipsschale ..... C.O.
O 44g Gipshose ..... C.O.
O 44h Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis ..... C.O.
O 44i Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation ..... C.O.
O 44k Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen ..... C.O.
O 44l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen) ..... C.O.
O 44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke ..... C.O.
O 44n Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen) ..... C.K.O.
O 44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat) ..... C.O.
O 44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation ..... C.O.

**Gruppe IV**

O 45a Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes ..... C.O.
*sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen*
O 45b Gipsbett ..... C.O.
O 45c Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren ..... C.O.
O 45d Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren ..... C.O.
O 45e Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen ..... C.O.
O 45f Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode ..... C.O.
O 45g Operation des hohen Calcaneus ..... C.O.
O 45h Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis ..... C.O.
O 45i Freie Transplantation (mit Plastik) vom Periost und Knochen ..... C.O.
O 45k Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur ..... C.O.
O 45l Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenke ..... C.O.
O 45m Plastik kleiner Gelenke ..... C.O.
O 45n Operation der Luxatio acromio - clavicularis ..... C.O.
O 45o Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation ..... C.O.

**Gruppe V**

O 46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband ..... C.O.
O 46b Bolzung großer Röhrenknochen ..... C.O.
O 46c Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre ..... C.O.
O 46d Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre ..... C.O.
O 46e Arthrodese, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes ..... C.O.
O 46f Operation der Bandscheibenhernie ..... C.NC.O.
O 46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation ..... C.O.
O 46h Abbotsche Operation ..... C.O.
O 46i Laminektomie ..... C.NC.O.
O 46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule) ..... C.O.
O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen ..... C.O.
O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation) ..... C.O.
O 46n Keilresektion aus dem Tarsus ..... C.O.
O 46o Operation der habituellen Schulterluxation ..... C.O.

**Gruppe VI**

O 47b Blutige Reposition der angeborenen oder traumatischen Hüftgelenksverrenkung ..... C.O.
O 47c Albeesche Operation ..... C.O.
O 47d Herdausräumung bei Tbc oder Tumoren der Wirbelsäule ..... C.O.
O 47e Plastik großer Gelenke ..... C.O.

## UROLOGIE

**Gruppe I**

O 48a Endourethrale Elektrocoagulation ..... D.U.
O 48b Meatotomie ..... D.U.

**Gruppe II**

O 49a Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren + ..... U.
O 49b Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste ..... G.U.
O 49c Urethrotomia interna + ..... U.
O 49d Operation eines einfachen Urethralprolapses + ..... G.U.
O 49e Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses ..... C.U.
O 49f Retroperitoneale Luftfüllung ..... C.I.U.

| Pos. Nr. | | Fachgebiet |
|---|---|---|
| | **Gruppe III** | |
| O 50a | Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge | U. |
| O 50b | Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen | U. |
| O 50c | Urethrotomia externa | U. |
| O 50d | Operation eines ringförmigen Urethralprolapses | U. |
| | **Gruppe IV** | |
| O 51a | Eröffnung eines paranephritischen Abszesses | C.U. |
| O 51b | Sectio alta, einschl. Stein- oder Fremdkörperentfernung (Zystotomie) | U. |
| O 51c | Urethralplastik | U. |
| O 51d | Epididymektomie | C.U. |
| | **Gruppe V** | |
| O 52a | Lithotripsie | U. |
| O 52b | Sectio alta mit Sphinkterplastik | U. |
| O 52c | Nephropexie | C.U. |
| O 52d | Nephrotomie (erstmalig) | U. |
| O 52e | Eröffnung eines Prostataabszesses mit Ablösung des Rectums | C.U. |
| O 52f | Sphinkterplastik nach Göbbel-Stöckel | G.U. |
| O 52g | Suprasymphysäre Zystotomie, mit Entfernung gutartiger Geschwülste | U. |
| O 52h | Epi- oder Hypospadieplastik | C.U. |
| O 52i | Transurethrale Teilresektion der Prostata | U. |
| O 52j | Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors | G.U. |
| | **Gruppe VI** | |
| O 53a | Teilresektion der Harnblase (Geschwulstentfernung, Divertikel-exstirpation) | G.U. |
| O 53b | Einseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm | C.G.U. |
| O 53c | Nephrektomie | C.U. |
| O 53d | Sekundäre Nephrotomie | U. |
| O 53e | Pyelotomie | C.U. |
| O 53f | Dekapsulation der Niere | C.U. |
| O 53g | Prostatektomie nach jeder Methode | U. |
| O 53h | Totale Ureterektomie | U. |
| O 53i | Ureterotomia anterior mit Steinentfernung | U. |
| O 53k | Abschließende plastische Operation zum Aufbau einer neuen Harnröhre bei angeborener Epi- oder Hypospadia penis, scrotalis oder perinealis | U. |
| O 53l | Versorgung eines traumatischen Harnröhrenabszesses | U.C. |
| | **Gruppe VII** | |
| O 54a | Totale Prostatektomie mit Drüsenausräumung | U. |
| O 54b | Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm | C.G.U. |
| O 54c | Entfernung bösartiger Nierentumoren | C.U. |
| O 54d | Plastiken am Ureter und Nierenbecken | C.U. |
| | **Gruppe VIII** | |
| O 55a | Cystektomie (Totalexstirpation der Harnblase einschließlich Ureterenimplantation) | U. |

## C. Physikalische Behandlung

**durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden.**

*Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.*

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| TP | Tagsatzpauschale ..... | 40,01 |
| | *einmal pro Patient und Tag verrechenbar* | |

Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur eine Tagsatzpauschale verrechenbar.

In der Abrechnung sind neben der Tagsatzpauschale auch die durchgeführten Einzelleistungen unter Angabe der Positionsnummern anzuführen.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

| Pos. Nr. | | Zeit (Min.) | Therapeut |
|---|---|---|---|
| **Gruppe 1 – Teilmassage** | | | |
| PM1 | Manuelle Teilmassage Teilkörper | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| PM2 | Druckstrahlmassage<br>z.B. Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage, (Hydrojet oder glw.) | 10-12 | MM,HM,MTF,PT |
| PM3 | Manuelle Druck/Triggerpunktmassage<br>*Ausbildungsnachweis ist der BVAEB vorzulegen* | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| **Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie** | | | |
| PB1 | Bewegungstherapie/Einzel | 30 | PT |
| PB2 | Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen) | 30 | PT |
| PB3 | Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen) | 60 | PT |
| PB4 | Bewegungstherapie/Einzel | 20 | PT |
| PB5 | Unterwasserbewegungstherapie/Einzel | 30 | PT |
| PB6 | Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe (max. 8 Personen) | 30 | PT |
| PB7 | Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen)<br>*Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus folgenden Bereichen, die jedenfalls abgedeckt werden müssen: z..B. Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Muskelgruppen, Oberkörper, Arm-, Schulterfix. z.B. Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, z.B. Rowing. Seilzüge sind nur zur Unterstützung des Gerätemindeststandards geeignet.* | 20-30 | PT,SpoWi,MTF |
| PB8 | Sensomotoriktraining/Einzel apparativ z.B. Galileo, Zeptor, MFT | 8-10 | PT,SpoWi,MTF |
| PB9 | Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen) | 8-10 | PT,SpoWi,MTF |
| PB10 | Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen) | 30 | PT,SpoWi,Psy,ET |
| PB11 | Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel | 30 | PT,SpoWi,ET |
| PB12 | Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen) | 30 | PT,SpoWi,ET |
| PB13 | Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel (z.B. Laufband, Fahrrad, Stepper) | 30 | PT,SpoWi |
| PB14 | Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe (max. 8 Personen) z.B. Stepper | 30 | PT,SpoWi |
| PB15 | Antigravitationstraining/Einzel | 20-30 | PT,SpoWi |
| PB16 | Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag | 15 | PT,SpoWi,MTF,ET,Psy |
| P4651 | Extensionsbehandlung manuell | 15 | |
| P4611 | Heilgymnastik/Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung | 15 | |
| P90V | Heilgymnastik Gruppe pro Person | 20 | |
| P4631 | Zuschlag für Hausbesuch | | |

*Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29 Grad, vorhanden ist und der BVAEB laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.*

| | | Zeit (Min.) | Therapeut |
|---|---|---|---|
| **Gruppe 3 – Thermotherapie** | | | |
| PT1 | Wärmetherapie trocken | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| PT2 | Wärmetherapie feucht | 15 | MM,HM,MTF,PT |
| PT3 | Lokale Kältetherapie | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| PT4 | Hochfrequenztherapie (z.B. Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle) | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| **Gruppe 4 – Elektrotherapie** | | | |
| PE1 | Niederfrequenzstromtherapie (z.B. Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme) | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| PE2 | Mittelfrequenzstromtherapie (z.B. Interferenz) | 10 | MM,HM,MTF,PT |
| P4717 | Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert | | |
| **Gruppe 5 – Ultraschalltherapie** | | | |
| PU1 | Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung) | 5 | MM,HM,MTF,PT |
| **Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie** | | | |
| PH1 | Medizinalbad (z.B. $CO^2$ Bad, Moorschwebstoffbad, etc.) | 15 | MM,HM,MTF,PT |
| **Gruppe 7 – Sonstige Therapie** | | | |
| P4652 | Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten | 15 | |
| P90L | Glisson- oder Extensionsbett | | |
| P4720 | Inhalationstherapie (ohne Medikament) | | |
| P90M | Aerosolinhalation (ohne Medikament) | | |

*Für Leistungen der physikalischen Therapie sind die Kosten der notwendigen Medikamente u. Ä. mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.*

*Im Einzelfall können an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden. Alle angeführten Leistungen sind optional zu verstehen. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patienten-schutzes hierbei streng auszulegen.*

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

| | |
|---|---|
| PT | Physiotherapeut |
| ET | Ergotherapeut |
| MTF | Medizinisch-Technischer Fachdienst |
| MM | Medizinischer Masseur |
| HM | Heilmasseur |
| SpoWi | Sportwissenschafter |
| Psy | Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe |

## D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Für Vertragsfachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Mikrobiologie und Serologie sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem von der BVAEB aufgelegten Arzthilfeschein (Ersatz-Arzthilfeschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
   Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination erbracht werden.
2. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend der berufsrechtlichen Verpflichtung durchgeführt. Die BVAEB kann den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 verrechenbar sind.
6. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
9. Über die erbrachten Laborleistungen und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
10. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der BVAEB und der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| | **Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen** | |
| 1.01 | Blutbild | 3,4 |
| 1.04 | Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes | 10,0 |
| 1.09 | Retikulozyten-Zählung | 6,0 |
| 1.11 | Osmotische Erythrozytenresistenz | 15,0 |
| 1.12 | Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen | 10,0 |
| 1.13 | Sternalpunktat: Färbepräparat, Differentialzählung und Beurteilung | 200,0 |
| 1.14 | Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) | 1,5 |
| 1.16 | HLA-B 27<br>*nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar* | 20,0 |
| 1.17 | Leukozytendifferenzierung < 5 Typ<br>*Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.* | 20,0 |
| 1.18 | Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ<br>*bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung* | 80,0 |
| 1.19 | Leukozytendifferenzierung >10 Typ<br>*bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung* | 150,0 |
| | **Gruppe 2: Blutgerinnung** | |
| 2.01 | Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung | 10,0 |
| 2.03 | Thrombozyten-Zählung | 3,5 |
| 2.04 | Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder "Normotest"<br>*nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar* | 4,0 |
| 2.05 | Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)<br>*nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar* | 4,0 |
| 2.06 | Partielle Thromboplastinzeit (PTT) | 4,0 |
| 2.07 | Thrombinzeit (TZ) | 4,0 |
| 2.08 | Fibrinogen | 4,5 |
| 2.09 | Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte | 7,5 |
| 2.10 | Antithrombin III-Bestimmung | 10,0 |
| 2.11 | APC-Resistenz<br>*nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening* | 8,0 |
| 2.12 | Protein C<br>*nur zur Thrombophiliediagnostik* | 15,0 |
| 2.13 | Protein S<br>*nur zur Thrombophiliediagnostik* | 15,0 |
| 2.14 | Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je<br>*einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar* | 15,0 |
| 2.15 | Lupusantikoagulans<br>*Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT* | 14,0 |
| | **Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen** | |
| 3.01 | Blutzucker-Bestimmung | 0,93 |
| 3.02 | Fruktosamine<br>*nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar* | 4,0 |
| 3.03 | HbA1 oder HbA1c<br>*nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar* | 9,0 |
| 3.04 | Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN | 0,93 |
| 3.05 | Kreatinin | 0,93 |
| 3.06 | Harnsäure | 0,93 |
| 3.07 | Gesamtbilirubin | 0,93 |
| 3.08 | Direktes und indirektes Bilirubin | 0,93 |
| 3.09 | Gesamteiweiß-Bestimmung | 0,93 |
| 3.10 | Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung) | 8,0 |
| 3.11 | Triglyceride (Neutralfette) | 0,95 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 3.12 | Gesamtcholesterin | 0,93 |
| 3.13 | HDL-Cholesterin | 1,1 |
| 3.14 | LDL-Cholesterin | 1,1 |
| 3.15 | Natrium | 0,93 |
| 3.16 | Kalium | 0,93 |
| 3.17 | Kalzium | 0,93 |
| 3.18 | Chloride | 0,93 |
| 3.19 | Phosphor | 1,4 |
| 3.20 | Magnesium | 1,4 |
| 3.21 | Lithium<br>*nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar* | 2,0 |
| 3.22 | Kupfer | 5,0 |
| 3.23 | Eisen | 2,0 |
| 3.24 | Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung<br>*nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar* | 5,5 |
| 3.25 | Ferritin | 2,5 |
| 3.26 | Albumin | 1,3 |
| 3.27 | Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter | 25,0 |
| 3.28 | Transferrin<br>*nicht neben Position 3.24 verrechenbar* | 2,5 |
| 3.29 | Ammoniak<br>*nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie* | 2,5 |
| 3.30 | Laktat<br>*nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)* | 2,5 |
| 3.31 | LP a<br>*nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend* | 9,3 |

**Gruppe 4: Enzyme**

| | | |
|---|---|---|
| 4.01 | Aldolase | 2,5 |
| 4.02 | Alkalische Phosphatase | 0,93 |
| 4.03 | Pankreasamylase oder Alpha-Amylase | 1,8 |
| 4.04 | Cholinesterase | 0,95 |
| 4.05 | CK (Creatin-Kinase) | 1,1 |
| 4.06 | CK-MB-Isoenzym<br>*nur bei Infarktverdacht verrechenbar* | 2,5 |
| 4.07 | GOT (ASAT) | 0,93 |
| 4.08 | GPT (ALAT) | 0,93 |
| 4.09 | Gamma-GT | 0,93 |
| 4.12 | Lipase-Bestimmung | 1,6 |
| 4.13 | LDH | 0,93 |
| 4.15 | Angiotensin-converting-Enzym (ACE) | 9,0 |
| 4.16 | Myoglobin<br>*nur bei Infarktverdacht verrechenbar* | 5,0 |
| 4.20 | Troponin T oder Troponin I | 7,2 |

**Gruppe 5: Harnuntersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 5.01 | Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung<br>*mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar* | 0,93 |
| 5.02 | Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)<br>*auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar* | 0,93 |
| 5.03 | Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) | 0,93 |
| 5.04 | Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten | 3,0 |
| 5.06 | Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine) | 10,0 |
| 5.07 | Porphobilinogen | 10,0 |
| 5.08 | Deltaaminolaevulinsäure (ALA) | 15,0 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 5.09 | 5-Hydroxyindolessigsäure | 15,0 |
| 5.10 | Mikroalbumin | 1,0 |
| 5.11 | Gesamteiweißbestimmung | 0,93 |
| 5.13 | Glukose | 0,93 |
| 5.15 | Kreatinin | 0,93 |
| 5.17 | Natrium | 0,93 |
| 5.18 | Kalium | 0,93 |
| 5.19 | Kalzium | 0,93 |
| 5.20 | Chloride | 0,93 |
| 5.21 | Phosphor | 0,93 |
| 5.22 | Kupfer | 25,0 |
| 5.23 | Pankreasamylase oder Alpha-Amylase | 1,5 |
| | Katecholamine – siehe Gruppe 14 | |

**Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 6.01 | Chemische Analyse eines Harnkonkrementes | 15,0 |

**Gruppe 7: Stuhluntersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 7.01 | Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten | 9,0 |
| 7.02 | Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) | 2,0 |
| 7.03 | Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung | 9,0 |
| 7.04 | Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung | 9,0 |
| 7.05 | Pankreas-Elastase im Stuhl | 20,0 |
| | *bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz* | |
| 7.06 | Fecal Immunochemical Tests (FiT) | 5,0 |

**Gruppe 8: Sekretuntersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 8.01 | Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung | 5,0 |
| | *nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar* | |
| 8.02 | Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung | 8,0 |
| | *nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar* | |
| 8.05 | Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit | 15,0 |

**Gruppe 9: Punktatuntersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 9.01 | Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung | 5,0 |
| | *nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar* | |
| 9.02 | Sediment nativ und Färbepräparat | 5,0 |
| | *nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar* | |
| 9.03 | Bestimmung der Zellzahl | 5,0 |
| 9.04 | Mikroskopischer Kristallnachweis | 5,0 |
| 9.05 | Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten | 5,0 |
| 9.06 | Albumin | 2,0 |
| 9.07 | Gesamteiweiß-Bestimmung | 2,0 |
| 9.08 | Glukose | 2,0 |
| 9.09 | Harnsäure | 2,0 |
| 9.10 | LDH | 2,0 |
| 9.11 | CRP (C-reaktives Protein) quantitativ | 3,5 |

**Gruppe 10: Blutgruppenserologie**

| | | |
|---|---|---|
| 10.01 | Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor | 15,0 |
| | *nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar* | |
| 10.02 | 3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest | 15,0 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 10.03 | Coombstest direkt | 7,0 |
| 10.04 | Coombstest indirekt | 15,0 |
| 10.05 | Kälteagglutinationsreaktion | 6,0 |
| 10.06 | Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren<br>*nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar* | 11,0 |
| 10.07 | Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration)<br>*nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar* | 13,0 |
| 10.08 | Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02) | 24,0 |
| 10.09 | Dw | 11,0 |
| 10.10 | Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problemkonstellationen | 12,4 |

**Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchung**

| | | |
|---|---|---|
| 11.01 | Immunelektrophorese oder Immunfixation<br>*nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar* | 25,0 |
| 11.02 | Kappa- und Lambdaketten | 14,0 |
| 11.03 | Haptoglobine | 7,0 |
| 11.04 | Coeruloplasmin | 10,0 |
| 11.05 | Alpha-1-Antitrypsin | 4,0 |
| 11.06 | Alpha-2-Makroglobulin | 7,0 |
| 11.07 | Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42)<br>*nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar* | 13,0 |
| 11.08 | Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBc-Antikörper) | 18,0 |
| 11.09 | HBs-Antigen | 9,0 |
| 11.10 | HBs-Antikörper | 9,0 |
| 11.11 | HBc-Antikörper | 9,0 |
| 11.12 | HBc-IgM-Antikörper<br>*nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar* | 13,0 |
| 11.13 | HBe-Antigen<br>*nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar* | 13,0 |
| 11.14 | HBe-Antikörper<br>*nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar* | 13,0 |
| 11.15 | HAV-Antikörper | 10,0 |
| 11.16 | HAV-IgM-Antikörper<br>*nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar* | 11,5 |
| 11.17 | Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL) | 5,0 |
| 11.18 | TPHA-Test | 5,0 |
| 11.19 | Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS) | 12,5 |
| 11.20 | 19 S (IgM) FTA-ABS-Test | 12,5 |
| 11.22 | RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch | 2,5 |
| 11.23 | Antistreptolysin-O-Objektträgertest qual. | 2,5 |
| 11.24 | Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung | 2,5 |
| 11.25 | CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual. | 2,5 |
| 11.26 | CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch | 2,5 |
| 11.30 | Mononukleosetest als Objektträgertest | 5,0 |
| 11.32 | Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) | 4,0 |
| 11.33 | IgE | 7,0 |
| 11.34 | Suchtest auf mind. 6 Allergene<br>*bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar* | 32,0 |
| 11.35 | Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA) | 13,0 |
| 11.36 | Anti-DNS | 13,0 |
| 11.37 | Hepatitis C AK (IgG oder IgM) | 10,0 |
| 11.38 | Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je | 15,0 |
| 11.39 | Mitochondriale Antikörper | 13,0 |
| 11.40 | Mikrosomale Antikörper | 11,5 |
| 11.41 | Thyreoglobulin Antikörper | 11,5 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 11.42 | PSA | 7,0 |
| | *zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar* | |
| 11.43 | Freies PSA | 5,0 |
| | *in max. 10 % der Pos. 11.42* | |
| 11.44 | AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid | 10,0 |
| | *nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist* | |
| 11.45 | AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA) | 13,0 |
| 11.46 | TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK) | 11,5 |
| | *nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar* | |
| 11.47 | C3-Komplement | 10,0 |
| 11.48 | C4-Komplement | 10,0 |
| 11.49 | ANA-Subsets | 9,0 |
| | *nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar* | |
| 11.50 | Leberspezifische Antikörper (z. B. SLK, LKM), je | 11,3 |
| | *max. 3 AK* | |
| 11.51 | c-ANCA oder p-ANCA | 12,0 |
| | *max. 2 AK pro Erkrankungsfall* | |
| 11.52 | Gliadin-AK | 10,0 |
| | *nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar* | |
| 11.53 | Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper | 10,0 |
| | *bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar* | |
| 11.54 | 1,25-Dihydroxy-Vitamin D3 | 14,0 |
| | *nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel* | |
| 11.55 | Vitamin B12 | 11,0 |
| | *nur zur Anämieabklärung* | |
| 11.56 | Folsäure | 11,0 |
| | *nur zur Anämieabklärung* | |
| 11.57 | Apolipoproteine | 5,7 |
| | *nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar* | |
| 11.58 | C1 Esterase Inhibitor | 6,9 |
| 11.59 | Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je | 7,9 |
| | *max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar* | |

**Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| 12.01 | Nativpräparat | 3,0 |
| 12.02 | Färbepräparat (Gram usw.), außer auf Tbc | 5,0 |
| 12.03 | Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung | 5,0 |
| 12.04 | Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest | 20,0 |
| 12.05 | Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate | 9,0 |
| 12.06 | Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate | 9,0 |
| 12.07 | Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate | 9,0 |
| 12.08 | Kultur auf Mykoplasmen | 11,0 |
| 12.10 | Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je | 7,0 |
| | *höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar* | |
| 12.11 | Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepräparate | 20,0 |
| 12.12 | Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) | 4,0 |
| 12.13 | Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger | 14,0 |
| 12.16 | Brucella AK KBR | 8,0 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 12.17 | Chlamydien-Antigen (EIA, IFT) | 20,0 |
| 12.18 | Echinokokken KBR | 8,0 |
| 12.19 | Gruber-Widal (O- u. H-Antigene) | 8,0 |
| 12.20 | HIV-AK (Elisa) | 9,0 |
| 12.21 | HIV-Western-Blot oder IFT | 35,0 |
| | *nur bei positivem HIV-Test verrechenbar* | |
| 12.23 | Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar) | 8,0 |
| 12.24 | Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je | 13,5 |
| | *nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar* | |
| 12.25 | Toxoplasmose IIFT | 15,0 |
| 12.27 | Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA) | 15,0 |
| | *nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar* | |
| 12.28 | Zystizerkosen KBR | 8,0 |
| 12.29 | Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepräparate | 20,0 |
| 12.31 | Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je | 11,5 |
| 12.32 | Amöben-AK | 15,0 |
| 12.33 | Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA | 15,0 |
| 12.34 | Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT | 15,0 |
| 12.37 | Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je | 15,0 |
| 12.38 | Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je | 9,0 |
| 12.40 | Echinokokken HAT | 10,0 |
| 12.41 | Enteroviren KBR | 8,0 |
| 12.44 | Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je | 15,0 |
| 12.46 | FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je | 15,0 |
| 12.47 | Gonokokken-Antigen (EIA) | 15,0 |
| 12.48 | Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je | 15,0 |
| 12.50 | Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je | 15,0 |
| 12.52 | Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je | 15,0 |
| 12.53 | Leptospiren (KBR, Aggl. T) | 10,0 |
| 12.55 | Listerien KBR | 8,0 |
| 12.56 | Leishmaniose KBR, HAT | 10,0 |
| 12.58 | Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je | 15,0 |
| 12.59 | Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je | 15,0 |
| 12.62 | Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je | 15,0 |
| 12.63 | Picorna Virus KBR | 8,0 |
| 12.64 | Qu-Fieber KBR | 8,0 |
| 12.65 | Rota Viren KBR | 8,0 |
| 12.66 | Trichinose KBR | 8,0 |
| 12.67 | Trichinose IFT, EIA | 15,0 |
| 12.68 | Tularämie (KBR, Agg. T) | 15,0 |
| 12.70 | Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je | 15,0 |
| 12.71 | Yersinia KBR | 8,0 |
| 12.73 | Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je | 15,0 |
| 12.74 | Zystizerkosen IFT | 10,0 |
| 12.75 | Helicobacter pylori AK-Nachweis | 15,0 |
| | *nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar* | |
| 12.76 | Borrelien IgG oder IgM-AK | 12,0 |
| 12.77 | Borrelien-Westernblot IgG oder IgM | 15,0 |
| | *bei positiven Borrelien* | |
| 12.78 | HCV-RNS quantitativ | 100,0 |
| | *nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar* | |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 12.79 | HCV-PCR qualitativ<br>*grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar* | 35,0 |
| 12.80 | HPV-Typisierung<br>*bei PAP III und Status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und verrechenbar* | 41,0 |
| 12.81 | Cytomegalie-PCR<br>*nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantations-diagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage der Vorbefunde)* | 70,0 |
| 12.82 | Helicobacter pylori AG im Stuhl<br>*nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist* | 30,0 |
| 12.83 | Bordetella pertussis PCR | 28,0 |
| 12.84 | Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota<br>*nur bei Kinder bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar* | 5,0 |
| 12.85 | HIV PCR quantitativ<br>*nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal* | 80,0 |
| 12.86 | Stuhlkultur<br>*max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 17,0 |
| 12.87 | Clostridientoxin<br>*nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar* | 20,0 |
| 12.88 | Bartonella henselae-AK | 10,5 |
| 12.89 | Coxsackie B-IgG oder IgM | 11,4 |
| 12.90 | LCM Virus AK | 11,4 |
| 12.91 | Ornithose-Antikörpernachweis je | 11,4 |
| 12.92 | Mycoplasmen AK je | 11,4 |
| 12.93 | Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich<br>*nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04* | 6,9 |
| 12.94 | Parainfluenza-Antikörpernachweis je | 11,4 |
| 12.95 | Parvovirus AK (Ringelröteln) je | 11,4 |
| 12.96 | Legionelle IgG oder IgM | 11,4 |
| 12.98 | Tetanus-Antikörper | 11,4 |

**Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen**

| | | |
|---|---|---|
| 13.01 | Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung)<br>*höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar* | 10,0 |
| | Lithium - siehe Gruppe 3 | |
| 13.02 | Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin | 10,0 |
| 13.06 | Theophyllin | 10,0 |
| 13.07 | Drogennachweis, qualitativ im Harn, je<br>*Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar* | 6,0 |
| 13.08 | Antibiotika, Zytostatika | 13,0 |
| 13.09 | Schwermetalle<br>*bei dringendem Vergiftungsverdacht* | 20,0 |

**Gruppe 14: Hormone**

| | | |
|---|---|---|
| 14.01 | Gesamt-T4 oder freies T4<br>*nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik* | 6,0 |
| 14.02 | Gesamt-T3 oder freies T3<br>*nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik* | 6,0 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| 14.03 | TSH | 5,4 |
| | TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15) | |
| 14.04 | Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG) | 10,0 |
| 14.05 | Aldosteron | 20,0 |
| 14.06 | Cortisol | 10,0 |
| 14.07 | Follikelstimulierendes Hormon (FSH) | 7,0 |
| 14.08 | Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je<br>*höchstens zwei verrechenbar* | 25,0 |
| 14.09 | Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je<br>*höchstens 2 verrechenbar* | 18,0 |
| 14.12 | Luteinisierendes Hormon (LH) | 7,0 |
| 14.14 | Östradiol | 8,0 |
| 14.16 | Parathormon | 19,5 |
| 14.19 | Progesteron | 8,0 |
| 14.20 | Prolaktin | 7,0 |
| 14.21 | Testosteron | 8,0 |
| 14.22 | Wachstumshormon (STH) | 20,0 |
| 14.23 | 17-Hydroxy-Progesteron | 21,0 |
| 14.24 | SHBG | 11,0 |
| 14.25 | DHEA-S | 10,0 |
| 14.26 | ACTH | 18,0 |
| 14.27 | Androstendion | 13,0 |
| 14.28 | c-Peptid<br>*nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar* | 12,6 |
| 14.29 | Insulin<br>*zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II* | 12,6 |
| 14.30 | Osteocalcin | 10,7 |
| 14.31 | Gastrin | 12,6 |
| 14.32 | Crosslabs | 10,7 |
| 14.33 | pro-BNP<br>*zur Risikostratifizierung 1 x pro Jahr* | 15,2 |

*Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.*

**Gruppe 15: Funktionsproben**

| | | |
|---|---|---|
| 15.01 | Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut-und Harnzucker-bestimmungen) | 5,0 |
| 15.02 | Kreatinin-Clearance endogen | 5,0 |
| 15.03 | TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) | 18,0 |

**Gruppe 16: Histologie - Zytologie**

| | | |
|---|---|---|
| 16.01 | Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ | 10,0 |
| 16.02 *) | Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate | 7,0 |
| | zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9 | |
| 16.03 *) | Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate | 7,0 |
| 16.04 | Gefrierschnitt | 5,0 |

**) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik" haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.*

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| | **Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial** | |
| 18.01 | Blutentnahme aus der Vene | 2,5 |
| 18.02 | Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr | 5,0 |
| 18.03 | Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt<br>*1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar* | 5,0 |
| 18.04 | Abstrich je Abnahmestelle | 3,0 |
| 18.05 | Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra | 3,0 |
| 18.08 | Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen | 3,0 |
| 18.09 | Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett | 10,0 |

## D1. Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie

### PRÄAMBEL

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

### A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Es sind grundsätzlich nur jene Leistungen (Untersuchungen) verrechenbar, die in der Honorarordnung enthalten sind. Im Einzelfall ist bei nachweislicher vorheriger Zustimmung der BVAEB eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen zulässig. Erbrachte Leistungen (Untersuchungen) werden nur honoriert, wenn sie durch die Zuweisung ihrer Art nach und dem Umfang nach gedeckt sind und die Verdachtsdiagnose (Ausnahme: gynäkologische Zytologie) auf der Zuweisung angegeben ist. Die Leistungen (Untersuchungen) sind in den Ordinationsräumen des Vertragsfacharztes für Pathologie zu erbringen.

2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der BVAEB nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.

3. Der Vertragsfacharzt für Pathologie darf für Leistungen (Untersuchungen), für die die BVAEB leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.

4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die BVAEB besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchungen zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der angestrebten Diagnose stehen. Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar. Werden solche Untersuchungen von einem Zuweiser verlangt, ist mit diesem die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vor der Leistungserbringung abzuklären.

5. Die BVAEB ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.

6. Hat die BVAEB die Honorierung von Leistungen aufgrund der Bestimmungen der Honorarordnung abgelehnt, kann der Vertragsfacharzt für Pathologie die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem Dritten nicht in Rechnung stellen.

7. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.

8. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der im Leistungskatalog enthaltenen pathologischen Untersuchungen nötigen Geräte und Materialien (inklusive der Kosten für sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien) abgegolten. Kosten für qualitätssichernde Maßnahmen, Porto, Abholdienste, etc. können nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

9. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

## B) BESONDERE BESTIMMUNGEN
## MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

1. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz.

2. In begründeten Fällen steht der BVAEB nach Verständigung der Österreichischen Ärztekammer das Recht zu, das Einhalten der angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Ordinationsräumlichkeiten zu überprüfen. Der Zeitpunkt ist im Einvernehmen mit dem Vertragsfacharzt für Pathologie festzusetzen; dieser wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach 4 Wochen - gerechnet vom Einlangen des Briefes - zulassen.

3. Leistungen der Gruppen 19 (Gynäkologische Zytologie) und 20 (Extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ärzteausbildungsordnung) verrechenbar.
In Einzelfällen kann im Einvernehmen zwischen BVAEB und Österreichischer Ärztekammer eine Verrechnungsbefugnis für diese Gruppen erteilt werden, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen werden, die jenen entsprechen, die im Rahmen der oben angeführten ergänzenden speziellen Ausbildung erworben werden.

4. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

5. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (Biomedizinische Analytiker) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen; für zytologische Untersuchungen ist zusätzlich eine besondere Ausbildung und eine entsprechende Erfahrung notwendig.
Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (insbes. dipl. medizinisch-technische Fachkräfte und Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz igF. verfügen.
Auf Verlangen ist der BVAEB über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.

6. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminations-freiheit regelmäßig zu kontrollieren.

7. Untersuchungen auf Rechnung der BVAEB dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Der Vertragsfacharzt für Pathologie wird der BVAEB die von ihm zur Durchführung von Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen der BVAEB auch während des aufrechten Vertrags-verhältnisses bekannt geben.

   Der BVAEB steht das Recht zu, hinsichtlich dieser vom Vertragsfacharzt für Pathologie bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision vom Vertragsfacharzt für Pathologie zu verlangen.

8. Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

   Die Zuweisung muss vollständig sein. Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden.

   Der Vertragsfacharzt für Pathologie kann der BVAEB wiederholte Beanstandungen materialabnehmende Zuweiser betreffend bekannt geben.

Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Jeder Vertragsfacharzt für Pathologie soll regelmäßig auf seine Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilnehmen, sofern diese State-of-the-art sind, und von den Fachgesellschaften (Österreichische Gesellschaft für Zytologie und Österreichische Gesellschaft für Pathologie) empfohlen sowie im Rahmen der Europäischen Union angeboten werden.

Die Befunde müssen das Wesen des Präparates erfassen und zur klinischen Frage Stellung nehmen. Das Untersuchungsergebnis ist dem zuweisenden Arzt und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen.

Die Befunde müssen vollständig sein und gegebenenfalls Hinweise auf konsiliare Gutachten enthalten.

Die Befunde sind der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

*9. Histologie*

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

*10. Zytologie*

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

*11. Sonderbestimmungen für gynäkologische Zytologie*

Die vorbegutachtende Fachkraft hat das gesamte Präparat mikroskopisch zu erfassen, auffällige Stellen zu kennzeichnen und zur Qualität des Abstrichs Stellung zu nehmen. Auffällige Präparate sind dem Vertragsfacharzt für Pathologie samt Kommentar vorzulegen.

Die Befundung der weiblichen Genitalzytologie und insbesondere die Nomenklatur richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften.

10 % der von der genitalzytologischen Fachkraft vorbegutachteten und als unauffällig eingestuften Fälle (Pap I + II) müssen vom Vertragsfacharzt für Pathologie nachkontrolliert werden. Jedenfalls kontrolliert der Vertragsfacharzt für Pathologie alle von den vorbegutachtenden Fachkräften als auffällig eingestuften Präparaten, ebenso alle Präparate von Frauen mit auffälligen Vorbefunden oder auffälligen klinischen Angaben. Nachzubefunden sind bei auffälligen Befunden auch frühere, als unauffällig eingestufte Präparate (so genannte negative Vorbefunde).

Die Musterungsarbeit der genitalzytologischen Fachkraft darf 80 Präparate pro Tag nicht überschreiten; dementsprechend beträgt das Jahresmaximalpensum 16.000 Präparate. Für halbtags beschäftigte Fachkräfte beträgt das maximale Tagespensum 50 Präparate.

Für den Vertragsfacharzt für Pathologie ergibt sich eine Durchschnittskontrolle von ca. 20 % des Einlaufmaterials. Die unter Qualitätsaspekten vertretbare Jahresmaximalkapazität der Ordination beträgt 80.000 Präparate (maximal 5 Fachkräfte).

Jede zytodiagnostische Untersuchungen durchführende Ordination soll in der Lage sein, eine zumindest jährliche statistische Auswertung der eingelangten Präparate durchzuführen, entsprechend den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften und der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

*12. Mikrobiologie*

Bezüglich der mikrobiologischen Untersuchungen gelten jeweils die für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik gültigen Bestimmungen des Laborkataloges in der jeweils gültigen Fassung.

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| | **Gruppe 19: Gynäkologische Zytologie** | |
| 19.01 | Gynäkologische Zytodiagnostik , pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)<br>*Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Pathologie, die der BVAEB bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben*. | 10,27 |
| 19.02 | Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (z.B. Trichomonaden, Pilze)<br>*maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;*<br>*nicht neben Pos. 21.05 und 21.11 verrechenbar*. | 2,87 |
| 19.03 | Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen<br>*maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;*<br>*nicht neben Pos. 21.05, 21.06, 21.11 und 21.12 verrechenbar.* | 4,07 |
| 19.04 | Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger) | 7,64 |
| 19.05 | HPV-DNA (Bestimmung von "Low-risk-Typen" und "High-risk-Typen" humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko | 53,93 |

Pos. Nr. Euro

**Gruppe 20: Extragenital Zytologie**

20.01 Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ..... 12,38
*maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.02 verrechenbar.*

20.02 Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ..... 16,08
*maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.01 verrechenbar*

20.03 Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. 20.01 oder 20.02 ..... 6,18
*maximal 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar*

20.04 Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. 20.01 oder 20.02 ..... 7,42
*maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.05 verrechenbar*

20.05 Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. 20.01 oder 20.02 ..... 12,38
*maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos. 20.04 verrechenbar*

20.06 Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos. 20.01 oder 20.02 ..... 26,53
*maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar*

Erläuterungen:

a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen

b) Pos. 20.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)
- Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivierung der Objektträger sowie des Befundes

c) Pos. 20.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung, Zytozentrifuge etc.)
- Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivierung der Objektträger sowie des Befundes

d) Hinsichtlich der Pos. 20.01/20.02 und 20.04/20.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

**Gruppe 21: Mikrobiologie**

21.01 Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate, makroskop. Beschreibung ..... 15,99
*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos. 21.18 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar*

21.02 Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung ..... 8,48
*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*

21.03 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen und Anreicherung ..... 8,48
*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*

21.04 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung ..... 7,37
*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar*

21.05 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganisme (z.B. Trichomonaden, Pilze) ..... 2,87
*maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.02, 21.11 verrechenbar*

21.06 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen ..... 4,07
*maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.03, 21.05, 21.11, 21.12 verrechenbar*

21.07 Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial ..... 12,09

21.08 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepräparat (z.B Gram u.Ä.) ..... 4,07
*nicht neben Pos. 21.11, 21.12 verrechenbar*

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 21.09 | Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis | 2,87 |
| 21.10 | Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten<br>Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät | 3,39 |
| 21.11 | Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials<br>*ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.05 und 21.06;*<br>*ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH)*<br>*siehe Pos. 21.08 und 21.09* | 2,30 |
| 21.12 | Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien)<br>*ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.06;*<br>*ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. 21.08, 21.09,*<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 3,47 |
| 21.13 | Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate (z.B. Harnkultur)<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar,*<br>*nicht neben Pos. 21.21 (zB Uricult) verrechenbar* | 11,08 |
| 21.14 | Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 13,87 |
| 21.15 | Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 13,87 |
| 21.16 | Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 16,22 |
| 21.17 | Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 16,30 |
| 21.18 | Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate, je Kultur<br>*maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos. 21.01, 21.13 bis 21.17*<br>*und 21.19 bis 21.20 verrechenbar)* | 9,91 |
| 21.19 | Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepräparate<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 18,56 |
| 21.20 | Kultur auf Mykobakterien (z.B. Tbc), einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate<br>*maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar* | 29,17 |
| 21.21 | Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (z.B. Uricult)<br>*nicht neben Pos. 21.13 verrechenbar, eventuell notwendige*<br>*Subkulturen nur unter Pos. 21.18 zu verrechnen* | 4,33 |
| 21.22 | Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers<br>*beim Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen*<br>*Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen* | 12,83 |

**Gruppe 22: Histologie**

| | | |
|---|---|---|
| 22.01 | Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden<br>*maximal einmal je Präparat verrechenbar* | 34,26 |
| 22.02 | Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden<br>*maximal einmal je Präparat verrechenbar* | 34,26 |
| 22.03 | Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung) | 5,57 |
| 22.04 | Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zur Pos. 22.01 oder 22.02<br>*nicht neben Pos. 22.05 verrechenbar,*<br>*maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar* | 8,66 |
| 22.05 | Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zur Pos. 22.01 oder 22.02<br>*nicht neben Pos. 22.04 verrechenbar,*<br>*maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar* | 16,08 |
| 22.06 | Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos. 22.01 oder 22.02<br>*maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar* | 54,42 |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| 22.07 | Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block | 11,88 |

Erläuterungen:

a) Pos. 22.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
- Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
- Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes

b) Pos. 22.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung
- Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
- Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes

Erläuterungen:

a) Hinsichtlich der Pos. 22.01/22.02, sowie 22.04/22.05 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig.

b) Die Pos. 22.03 bzw. 22.07 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung.

## E. für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.

Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tarifkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.

Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.

Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarifs (Pos. Nrn. R 101 bis R 809) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.

Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.

Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.

Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigestellt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der BVAEB abgerechnet werden.

Untersuchungen auf Rechnung der BVAEB dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die BVAEB hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.

Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. Familiär erhöhte Disposition
   *Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits); Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn; Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe, Halbschwester, Halbbruder; Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades*
   *<u>Hohes Risiko</u> (das bedeutet:10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters*
   *<u>Moderates Risiko</u> (das bedeutet 10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und dem 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weibl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder 2 Verwandte ersten Grades oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein); 3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters*

   *Moderates Risiko liegt außerdem in begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters vor.*

b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ
*Anmerkung: Ärztliche Brustuntersuchung 1x jährlich ab dem 18. LJ; Brust MRT 1x jährlich ab dem 25. LJ bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie; Mammographie 1x jährlich ab dem 35. LJ; Mammasonographie bei Bedarf*

c. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie
*Anmerkung: vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormonersatztherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.*

d. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)

e. Mastodynie einseitig

f. Histologisch definierte Risikoläsionen
*Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.*

g. Sekretion aus Mamille
*Anmerkung: Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss*

h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio);
*Anmerkung: jährl. Mammographie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht*

i. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle

j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
*Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie*

k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
*Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangenhaut, Plateaubildungen, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie*

l. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall
*Anmerkung: Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle*

Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynie beidseitig bedürfen keiner kurativen Abklärung und können daher nicht auf Kosten der BVAEB verordnet werden.

## RÖNTGENDIAGNOSTIK
### Organtarif

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **Schädel** | | |
| R101 | Schädel | 55,14 |
| R102 | Gesichtsschädel | 23,68 |
| R103 | Schädelbasis | 23,68 |
| R104 | Sella | 20,99 |
| R105 | Schläfenbein, pro Seite | 65,66 |
| R106 | Nasennebenhöhlen | 60,32 |
| R107 | Nasenbein | 20,99 |
| R108 | Kiefergelenk, pro Seite | 39,31 |
| R109 | Gesamter Oberkiefer | 39,84 |
| R110 | Gesamter Unterkiefer | 39,84 |
| R111 | Zahnstatus | 77,03 |
| R112 | Zähne, 1-3 benachbarte | 20,99 |
| | (*maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)* | |
| **Wirbelsäule, knöcherner Thorax** | | |
| R201 | Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen | 65,66 |
| | *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)* | |
| R202 | Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung | 115,42 |
| | *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)* | |
| R203 | Brustwirbelsäule | 53,85 |
| | *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)* | |
| R204 | Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke | 86,06 |
| | *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)* | |
| R205 | Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke | 55,14 |
| | *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)* | |
| R206 | Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl. | 98,16 |
| | *(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)* | |
| R207 | Rippen, einseitig | 35,54 |
| R208 | Sternum | 55,14 |
| **Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten** | | |
| R301 | Clavicula, pro Seite | 27,00 |
| R302 | Scapula, pro Seite | 55,14 |
| R303 | Oberarm, pro Seite | 51,36 |
| R304 | Unterarm, pro Seite | 51,36 |
| R305 | Hand, pro Seite | 55,14 |
| R306 | Navicularserie, pro Seite | 20,99 |
| | *(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)* | |
| R307 | 1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen | 39,31 |
| | *(mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)* | |
| R308 | Oberschenkel, pro Seite | 60,74 |
| R309 | Unterschenkel, pro Seite | 51,36 |
| R310 | Ganzer Fuß, pro Seite | 55,14 |
| R311 | Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite | 44,67 |
| | *(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)* | |
| R312 | Calcaneus, pro Seite | 39,31 |
| R313 | Sternoclaviculargelenk, pro Seite | 27,00 |
| R314 | Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite | 61,90 |
| R315 | Ellenbogengelenk, pro Seite | 39,31 |
| R316 | Handgelenk und Mittelhand, pro Seite | 39,31 |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| R317 | Becken | 35,54 |
| R318 | Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)<br>*(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)* | 63,25 |
| R319 | Hüftgelenk, axial, pro Seite<br>*(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)* | 28,89 |
| R320 | Kniegelenk, pro Seite | 53,00 |
| R321 | Kniegelenk mit Patella, pro Seite<br>*(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)* | 68,81 |
| R322 | Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad) | 57,66 |
| R323 | Sprunggelenk, pro Seite | 44,67 |
| R324 | Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen) | 100,68 |
| R325 | Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein | 98,16 |

**Halsorgane, Herz und Lunge**

| | | |
|---|---|---|
| R401 | Thorax | 68,46 |
| R402 | Halsorgane | 74,29 |
| R403 | Tomographie der Lunge, bds. | 100,68 |

**Magen – Darmtrakt**

| | | |
|---|---|---|
| R501 | Oesophagus | 87,30 |
| R502 | Magen-Duodenum in Doppelkontrast | 163,86 |
| R503 | Dünndarmpassage | 56,23 |
| R504 | Dickdarmpassage, 24 h.p.c. | 56,23 |
| R505 | Irrigoskopie in Doppelkontrast | 281,94 |
| R506 | Abdomen, nativ | 35,54 |

**Gallentrakt**

| | | |
|---|---|---|
| R601 | Gallenblase, nativ<br>*(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)* | 23,68 |
| R602 | Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme | 65,66 |
| R603 | i.v. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme | 173,95 |
| R604 | Inf. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme | 192,06 |
| R605 | Tomographie der Gallenwege | 100,68 |

**Harntrakt**

| | | |
|---|---|---|
| R701 | Harntrakt, Nativaufnahme<br>*(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)* | 35,54 |
| R702 | i.v. Pyelographie | 220,17 |
| R703 | Inf. Pyelographie | 238,22 |
| R704 | Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel | 249,27 |
| R705 | Tomographie der Nieren, bds. | 100,68 |

**Spezialuntersuchungen**

| | | |
|---|---|---|
| R801 | Mammographie, beidseits | 117,84 |
| R802 | Mammographie, einseitig | 60,18 |
| R803 | Galaktographie | 137,28 |
| R804 | Hystero- Salpingographie | 114,45 |
| R805 | Pneumocystographie | 69,12 |
| R806 | Phlebographie, pro Extremität | 136,79 |
| R807 | Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) | 74,29 |
| R808 | Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen | 140,46 |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| R809 | Knochendichtemessung | 41,46 |
| | periphere quantitative Computertomographie (pQCT) oder<br>Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA)<br>*verrechenbar maximal einmal pro Patient und Jahr, nicht als Screening-Untersuchung*<br>*verrechenbar nur von Fachärzten für Radiologie, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.* | |

## RÖNTGENDIAGNOSTIK
## Formatetarif

### Honorar

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| **1. Grundhonorar** | | |
| R 1a | Erste röntgenologische Leistung | 12 |
| R 1b | Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage | 8 |
| **2. Sonderleistungen** | | |
| R 2a | Darmeinlauf mit Kontrastmittel | 6 |
| R 2e | Intravenöse Injektion | 3 |

### Unkosten

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **3. Durchleuchtungen und Zuschläge** | | |
| R 3a | Durchleuchtung ohne Kontrastmittel | 10,8366 |
| R 3b | Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen) | 12,6134 |
| R 3c | Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e) | 27,2563 |
| R 3d | Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf | 16,5512 |
| R 3e | Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten) | 4,8699 |
| R 3f | Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels Elektronischer Geräte | 7,8426 |
| R 3g | Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte | 9,4327 |
| **4. Aufnahmen** | | |
| R 4a | Format 9 x 12 | 6,9977 |
| R 4b | Format 13 x 18 | 10,2552 |
| R 4c | Format 18 x 24 | 13,0523 |
| R 4d | Format 15 x 40 | 16,5512 |
| R 4e | Format 24 x 30 | 18,5250 |
| R 4f | Format 30 x 40 | 21,4430 |
| R 4g | Format 35 x 35 | 23,4062 |
| R 4h | Zahnfilm | 4,2119 |
| R 4i | Format 35 x 43 | 25,4681 |
| R 4j | Format 30 x 90 | 40,9881 |
| R 4k | Format 20 x 40 | 19,1285 |
| **5. Mehrphasenaufnahmen:** | | |
| R 5a | Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24) | 13,0523 |
| R 5b | Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30) | 18,5250 |

## RÖNTGENTHERAPIE

**Anmerkung:**

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten. Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit x) gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.
   a) „Sitzung“ ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes.
   b) „Stelle“ ist das erkrankte Organ.
   Beispielsweise gilt als Stelle:
   Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus). Jedes große Gelenk (eine Hand, ein Fuß etc.).
   Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS., BWS., LWS.).
   Bei herdförmigen Erkrankungen, z. B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.
2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.
3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorar und Unkosten zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

| Pos. Nr. | Indikation | Zahl der Sitzungen pro Stelle | Max. Zahl der Serien pro Jahr |
|---|---|---|---|
| **9. Tarifgruppe I: € 48,0517** | | | |
| R 9a | Akne | 2-6 | 4 |
| R 9b | Blepharoconjunctivitis | 2-6 | 4 |
| R 9c | Congelatio der Hände oder der Füße | 2-6 | 4 |
| R 9d | Ekzem, chronisch oder mykotisch | 2-6 | 4 |
| R 9e | Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.) | 2-6 | 4 |
| R 9f | Encephalitis chronica | 2-6 | 4 |
| R 9g | Epididymitis | 2-6 | 4 |
| R 9h | Epilepsie | 2-6 | 4 |
| R 9i | Erysipel | 2-6 | 4 |
| R 9k | Erythema induratum Bazin | 2-6 | 4 |
| R 9l | Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom | 2-6 | 4 |
| R 9m | Intertrigo | 2-6 | 4 |
| R 9n | Lichen Vidal und Ruber planus | 2-6 | 4 |
| R 9o | Migräne | 2-6 | 4 |
| R 9p | Mikuliczsche Erkrankung | 2-6 | 4 |
| R 9q | Mykosis fungoides | 2-6 | 4 |
| R 9r | Paronychie | 2-6 | 4 |
| R 9s | Periodontitis | 2-6 | 4 |
| R 9t | Perniones | 2-6 | 4 |
| R 9u | Poliomyelitis | 2-6 | 4 |
| R 9v | Pruritus | 2-6 | 4 |
| R 9w | Psoriasis mit Thymus | 2-6 | 4 |
| R 9x | Scropholuderma | 2-6 | 4 |
| R 9y | Thymushyperplasie | 2-6 | 4 |
| R 9z | Kleinstdosenbestrahlung | 2-6 | 4 |
| **10. Tarifgruppe II: € 72,0219** | | | |
| R 10a | Agranulocytose | 6 | 3 |
| R 10b | Aktinomykose der Haut | 3-4 | 5 |
| R 10c | Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke | 4-6 | 4 |
| R 10e | Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung) | 4-6 | 3 |
| R 10f | Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom | 6-8 | 3 |
| R 10g | Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen) | 1 | 1 |

| Pos. Nr. | Indikation | Zahl der Sitzungen pro Stelle | Max. Zahl der Serien pro Jahr |
|---|---|---|---|
| R 10h | Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung) | 6 | 2 |
| R 10i | Mastitis acuta | 3-6 | 3 |
| R 10k | Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung) | 3 | 3 |
| R 10l | Morbus Werlhof | 3 | 2 |
| R 10m | Neuralgie und Neuritis | 4-6 | 3 |
| R 10n | Pneumonia chron. (verzögerte Lösung) | 4-6 | 2 |
| R 10o | Schweißdrüsenentzündung | 4-6 | 3 |
| R 10p | Tbc der Haut | 3-4 | 4 |
| R 10q | Tbc der Lymphknoten | 2-6 | 4 |
| R 10r | Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke | 4-6 | 4 |
| R 10s | Tbc des Kehlkopfes | 6 | 4 |
| R 10t | Tbc des Urogenitaltraktes | 4 | 4 |
| R 10u | Thrombophlebitis | 4-6 | 3 |
| R 10v | Warzen (auch multiple) | 2-6 | 2 |
| R 10w | Condylomata accuminata | 3-4 | 3 |
| R 10x | Alopecia areata | 5 | 3 |
| R 10y | Angiome (außer Wirbelangiome) | 2-4 | 3 |
| | *Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden, wenn innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere Bestrahlung durchgeführt wird.* | | |

**11. Tarifgruppe III: € 87,9126**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 11a | Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz | 3-4 | 5 |
| R 11b | Asthma bronchiale | 6 | 3 |
| R 11c | Clavus | 2 | 3 |
| R 11d | Herpes zoster | 4-6 | 3 |
| R 11e | Hyperhidrosis localis | 3 | 3 |
| R 11f | Leukämie (Milz oder Drüsen) | 3-5 | 4 |
| R 11g | Mastopathia cystica, Gynäkomastie | 4-6 | 3 |
| R 11h | Morbus Basedow, Hyperthyreose | 3-6 | 3 |
| R 11i | Morbus Paget und Bechterew | 4-6 | 2 |
| R 11k | Morbus Raynaud (Versuch) | 3 | 2 |
| R 11l | Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica | 2-3 | 3 |
| R 11m | Osteomyelitis | 4-6 | 4 |
| R 11n | Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens) | 4-6 | 3 |
| R 11o | Syringomyelie, Multiple Sklerose | 2-4 | 3 |
| R 11p | Tbc des Darmes | 6 | 4 |
| R 11q | Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck) | 3 | 3 |
| R 11r | Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose | 4-6 | 4 |

**12. Tarifgruppe IV: € 144,0099**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 12a | Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus) | 3 | 3 |
| R 12b | Lymphogranulomatose | 3-6 | 4 |
| R 12c | Epulis, Brauner Tumor | 6 | 3 |
| R 12d | Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation) | 6-8 | 3 |
| R 12e | Tbc peritonei | 2 | 4 |

**13. Tarifgruppe V: € 176,0037**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 13a | Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung) | 4 | 3 |
| R 13b | Kastrationsbestrahlung | 4 | 2 |
| R 13c | Leukämie, Fernbestrahlung | 8 | 3 |
| R 13d | Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose | 6 | 3 |
| R 13e | Myoma uteri, Endometriose | 4 | 3 |

| Pos. Nr. | Indikation | Zahl der Sitzungen pro Stelle | Max. Zahl der Serien pro Jahr |
|---|---|---|---|
| R 13f | Papillomatose des Larynx | 8 | 2 |
| R 13g | Polycythämie | 8 | 2 |
| R 13h | Totalbestrahlung nach Mallet | 10 | 2 |

**14. Tarifgruppe VI: € 183,9601**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 14a | Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes) | 2-10 | 3(4) |
| R 14b | Kraurosis vulvae | 3 | 3 |
| R 14c | Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form | 3 | 4 |
| R 14d | Wirbelhaemangiome | 6-10 | 4 |
| | *es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung* | | |

**15. Tarifgruppe VII: € 263,8826**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 15a | Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen | 8-12 | 4(5) |
| R 15b | Melanoblastoma mal. | 10-20 | 3(4) |

**16. Tarifgruppe VIII: € 439,7970**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 16a | Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen | 13-24 | 3(4) |

**17. Tarifgruppe IX: € 639,7818**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 17a | Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen | 25-40 | 2(3) |

**18. Tarifgruppe X: € 879,7390**

| | | | |
|---|---|---|---|
| R 18a | Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen | 41-75 | 1(2) |

**Anmerkung:**

*Die bei den Tarifgruppen VI (R 14) - X (R 18) in Klammer angegebenen Maximalzahlen der Serien pro Jahr sind nur bei entsprechender medizinischer Begründung verrechenbar.*

**Nachsatz:**

Zu den Tarifgruppen VII (R 15) - X (R 18) gelten folgende Zuschläge:

| | |
|---|---|
| a) bei Gitterbestrahlung | 25% |
| b) bei Bewegungsbestrahlung | 50% |
| c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung | 75% |
| d) bei Kombination von b) und c) | 125% |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| | **20. Buckybestrahlung** | |
| R 20a | Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder | 14,7099 |

| Pos. Nr. | | Punkte |
|---|---|---|
| | **21. Radiumtherapie** | |
| R 21a | Einmalige Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z. B. Kontrolle nach Röntgen (Radium)therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen(Radium)therapie) | 12 |

## F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden

die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung
des Kranken angelegt werden (M).

### Zu A. SONDERLEISTUNGEN

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| **1. Zu 27d (therap. Verbände), O 43i, O 44p** | | |
| Hand und Unterarm: | | |
| M 1a | Kinder bis zu 12 Jahren | 8,1883 |
| M 1b | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 13,0989 |
| Fuß und Unterschenkel: | | |
| M 1c | Kinder bis zu 12 Jahren | 12,1826 |
| M 1d | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 18,6675 |
| Kniegelenk: | | |
| M 1e | Kniegelenk | 44,5017 |
| **2. Zu 27e (therap. Verbände), O 43i, O 44p** | | |
| Hand, Unter-, Oberarm: | | |
| M 2a | Kinder bis zu 12 Jahren | 16,5057 |
| M 2b | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 23,5781 |
| Fuß, Unter-, Oberschenkel: | | |
| M 2c | Kinder bis zu 12 Jahren | 27,3845 |
| M 2d | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 58,0587 |
| Hals: | | |
| M 2e | Halskrawatte | 20,1007 |
| **3. Zu 27f (therap. Verbände)** | | |
| M 3a | Obere Extremität mit Schultergürtel | 83,9274 |
| M 3b | Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel) | 94,6535 |
| M 3c | Schiefhalsgips mit Thorax | 58,9985 |

### Zu B. OPERATIONSTARIF

| | | |
|---|---|---|
| **4. Zu O 42e (Modellverbände)** | | |
| M 4a | Hand oder Fuß | 3,1131 |
| M 4b | Hand und Unterarm | 6,1441 |
| M 4c | Fuß und Unterschenkel | 6,1441 |
| Hand, Unter-, Oberarm: | | |
| M 4d | Kinder bis zu 12 Jahren | 6,1441 |
| M 4e | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 9,3396 |
| **5. Zu O 42f (Modellverband)** | | |
| M 5a | Halskrawatte | 9,3396 |
| **6. Zu O 42g (Modellverband)** | | |
| M 6a | Oberschenkel | 9,3396 |
| **7. Zu O 43e (Modellverbände)** | | |
| M 7a | Obere Extremität mit Schultergürtel | 18,5849 |
| M 7b | Untere Extremität mit Becken | 29,6051 |
| Oberkörper: | | |
| M 7c | Kinder bis zu 12 Jahren | 18,5849 |
| M 7d | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 29,6051 |
| **8. Zu O 44f und O 45o** | | |
| Gipsmieder: | | |
| M 8a | Kinder bis zu 7 Jahren | 47,8142 |
| M 8b | Kinder von 7 bis zu 12 Jahren | 63,1926 |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| M 8c | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 87,8983 |
| Gipsschale: | | |
| M 8d | Kinder bis 1/2 Jahr | 14,8258 |
| M 8e | Kinder von 1/2 bis 1 Jahr | 22,3564 |
| M 8f | Kinder von 1 bis 2 Jahren | 37,0884 |

**9. Zu O 44g und O 45o**

| | | |
|---|---|---|
| Gipshose: | | |
| M 9a | bei Coxitis und Little | 100,9155 |
| M 9b | dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines | 125,9971 |
| bei Hüftgelenksluxation: | | |
| M 9c | Kinder bis 1/2 Jahr | 36,9943 |
| M 9d | dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines | 46,2164 |
| M 9e | Kinder von 1/2 bis 1 Jahr | 44,4310 |
| M 9f | dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines | 55,5681 |
| M 9g | Kinder von 1 bis 2 Jahren | 61,5360 |
| M 9h | dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines | 76,7732 |

**10. Zu O 45b**

| | | |
|---|---|---|
| Gipsbett: | | |
| M 10a | Kinder bis zu 12 Jahren | 59,9147 |
| M 10b | Erwachsene und Kinder über 12 Jahre | 119,6885 |

## ANHANG 1 ZUR HONORARORDNUNG

### 1. Festsetzung des Punktwertes

Auf Grund des § 27 Abs. 3 des Gesamtvertrages wird vereinbart:
**Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt:**

a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b, c, d und e) ..... € 1,2194

b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin ..... € 1,3567

c) Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie ..... € 1,4434

d) Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin ..... € 1,7873

e) Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde ..... € 1,5309

f) Abschnitt B. Operationstarif ..... € 1,2194

g) Abschnitt D. Labor ..... € 1,2892

h) Abschnitt A.XIV Labor-Akutparameter ..... € 1,8957

i) Abschnitt E. Röntgen ..... € 1,1104

j) Abschnitt A.XIV Labor ..... € 1,2892

### 2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

(gem. § 6 des Gesamtvertrages vom 1.4.1974 in der Fassung des jeweils gültigen Zusatzprotokolles)

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| MU1 | Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche | € 31,55 |
| MU2 | Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche | € 31,55 |
| MU3 | Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche | € 31,55 |
| MU4 | Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche | € 31,55 |
| MU5 | Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche | € 31,55 |
| MI1 | Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche | € 20,22 |
| MS1 | Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche | € 38,7453 |
| MS2 | Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34.Schwangerschaftswoche | € 38,7453 |
| MS3 | Sonographische Untersuchung der Schwangeren von der 8. bis zur 12. Schwangerschaftswoche | € 38,7453 |
| KN1 | Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche | € 31,30 |
| KU1 | Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche | € 38,16 |
| KU2 | Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat | € 38,16 |
| KU3 | Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat | € 38,16 |
| KU4 | Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat | € 38,16 |

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| KU5 | Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat | € 38,16 |
| KU6 | Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat | € 38,16 |
| KU7 | Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat | € 38,16 |
| KU8 | Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat | € 38,16 |
| KO1 | Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche | € 20,22 |
| KH1 | Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat | € 31,42 |
| KA1 | Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat | € 31,42 |
| KA2 | Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat | € 38,16 |
| KS1 | Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche | € 42,63 |
| KS2 | Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche | € 42,63 |

### 4. Medizinische Hauskrankenpflege

(Gemäß der Gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 31.3.1993;
nicht verrechenbar für Vertragsärzte in Kärnten und Vorarlberg)

| Pos. Nr. | | Euro |
|---|---|---|
| H1 | Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege | € 72,6728 |
| | Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage | |
| H2 | bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes | € 43,6037 |
| H3 | bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes | € 65,4056 |
| H4 | Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen | € 32,7028 |
| | *Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar. Wenn der Vertreter in einem Verlängerungszeitraum den Patienten im Rahmen der „krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege“ ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage. Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar.* | |
| H5 | Legen einer Ernährungssonde | € 10,9009 |
| | *Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.* | |
| H6 | Chirurgische Intervention bei Dekubitus | € 10,9009 |
| H7 | Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und Ähnlichem) | € 7,2673 |

# ANHANG 2 ZUR HONORARORDNUNG

## Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

### I. Leistungsvoraussetzungen

Kurative Mammographien können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und vom Krankenversicherungsträger auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit vom Krankenversicherungsträger informiert.

1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
b) technische Qualitätssicherung gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10).

2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

   Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologe/Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

   Neueinsteiger / Neueinsteigerinnen ins Programm, die als Erstbefunder / Erstbefunderin tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der untenstehenden Bestimmung in den dem Beginn der Programmteilnahme vorangegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen. Sollte dies ausnahmsweise nicht möglich sein, kann das Intensivbefundertraining bis zum 30. Juni 2015 nachgewiesen werden.

   Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

   Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß Pkt. I Abs. 2 auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31.7. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme aufrecht.

   Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom HV genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

2a.) Ein neuer Standort ist ein Standort der nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen hat. Er muss in den ersten 24 Monaten der Programmteilnahme die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen. Die Vertragspartner bekennen sich dazu, dass die Vorsorgemammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen HV und BKNÄ festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Kompendium Mammographie Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der BVAEB und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.

5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.

6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/ der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.

7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.

8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der BVAEB und der ÖÄK zur Verfügung.

9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.

10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.

11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.

12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.

13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ bei der ÖÄK eingerichtet.

**II. Dokumentation**

1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.

1a.) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

2.) Das Datenflussmodell *gemäß „Kompendium Mammographie“*, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:

a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudnoymisierungsservice des BKFP;
c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an den zuständigen Krankenversicherungsträger muss gesichert sein.

3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

**III. Evaluierung**

1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.

2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

**IV. Kompendium Mammographie**

Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)
Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)
Teil 3: Anlage 5, 2. ZP VU-GV
Teil 4: Datenflussmodell (Anm.: nur der relevante Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV).

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)
Josefstädter Straße 80, 1080 Wien